Nr. 10. 10. marca 1929. Rok VIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Obudzenie kiły utajonej u dziecka.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
Lek. Nacz. doc. Wl. Szenajch.

Obserwacja szpitalna dwojga dzieci z kiłą wrodzoną stała się powodem do krótkiego omówienia tematu wymienionego w tytule. Po usunięciu z protokółów choroby szczegółów mniej ważnych podaję opis pierwszego przypadku:

Przypadek 1.

Zdzisław B. *) Nr. protok. (19858) lat 4 przybywa do szpitala 19. IX. 1927 r. z powodu od 3 tygodni trwającej żółtaczki, która wystąpiła nagle po uprzedniej kilkudniowej gorączce i która przebiegała bez objawów niestrawności i bez swędzenia skóry. W 2-gim roku życia przebywał żółtaczkę, w 3-cim roku zapalenie płuc. Rodzice dziecka zdrowi, dwoje rodzeństwa zdrowych.

Dziecko przytomne, siada o własnych siłach. Budowy drobnej, na swój wiek znacznie za małe. Wzrost: 85 cm (zam. 98 cm) wykazuje odchylenie wzrostu: 13,26%. Waga dziecka 12.800 g (zam. 16,200 g). Skóra cytrynowo-żółta, twardówki gałek żółte, błony śluzowe żółte.

Odczyn skórny Pirqueta dodatni, na luetynę ujemny. Odczyn skórny Aldricha przyspieszony (15'). Ciepłota ciała normalna. Kości wykazują ślady przebytej krzywicy, stawy wolne. Gruczoły karkowe i podszczękowe miernie powiększone. Brak stygmatów kiłowych. Brak zmian ze strony płuc i serca. Tętno 100. Ciśn. 90/60. Wątroba twarda o brzegach owalnych, gładka, miernie bolesna, wystaje swym płatem z pod łuku żebrowego w linji sutkowej prawej na szerokość palca poniżej pępka. Śledziona twarda, niebolesna wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego lewego. Brak płynu wolnego w jamie brzusznej. Brak pulsacji żylnej (ujemnej lub dodatniej) przy dotyku wątroby. Naczynia żylne na przedniej ścianie brzucha wykazują wyraźny rysunek. Badanie okulistyczne dna oka wykazuje znaczną pigmentację siatkówki (Tabakbestreuung).

Dziecko ma mierne łaknienie, sen dobry. Krew: Hemoglobiny 53% (Sahli). Cz. c. 4,850.000. B. c. 11.150. Wielojądrz.: 62%, przejśc. 8%. Limfoc. 29%. Eozynochłon. 1%. Płytek: 200.000. Czas krwawienia 8'. Czas krzepn. 3'. Kurczliwość skrzepu dobra. Refrakt. 1,3518. Białka 9,23%. Mocznika 0,25‰. Cholesteryny 1,5‰, bilirubiny: 6 jednostek v. d. Bergha. Cukru krwi 0,143%. Odporność krwinek (rezystencja) normalna 0,45%. Aglutynacja z durem brzusznym i paradurami ujemna. Próba hemoklasyczna Widala ujemna (brak leukopenji). Próba obciążenia cukrem wypada paradoksalnie: naczczo 0,143% cukru we krwi, w godzinę po śniadaniu cukrowem 0,106%, w 2 godziny 0,170%. Powtórzona w dwa dni potem wypada podobnie. Odczyn wiązania dopełniacza z antygenem bąblowca ujemny. Odczyn Wassermanna dziecka wyraźnie dodatni (+++). Odczyn Wassermanna matki ujemny. Odczyn Wassermanna ojca słabo dodatni.

Mocz: C. gat. 1,025. Diureza 800 cm^3. Nie zawiera białka ani cukru. Obecne: barwiki żółciowe, urobilina, urobilinogen. Próba Haya dodatnia, brak kwasu glikurowego, który dopiero po obciążeniu naftolem się zjawia, chlorków 11,70‰, kw. mocz. (przy bezpurynowej diecie) 1,5‰, amoniaku 0,2816‰, współczynnik Bitha azotu aminowego do azotu ogólnego: 11%. Próba wodna normalna pod względem wydzielania płynu i koncentracji, próba Filińskiego (obciążenie miodem) ujemna.

Kał: jasny, odbarwiony, pasorzytów ani krwi utajonej nie zawiera. Odczyn Tribouleta wykazuje acholję pigmentarną.

Przebieg choroby i leczenie.

W ciągu pierwszego miesiąca stan chorobowy dziecka nie ulega żadnej poprawie. Zastosowano leczenie specyficzne, więc: wcieranie szaruchy à 1,50 g i jodu wewnętrznie bez arsenobenzolu i zwykłe środki żółciopędne (jak naphtol β, sól karlsbadzka, kombretina, lewatywy i t. p.). Krzywa ciepłoty wykazuje czasami odchylenie ponad 38° — przebiegając naogół na poziomie bezgorączkowym. Łaknienie, sen, stan sił naogół dobre przy utrzymującej się żółtaczce i przy niezmienionych rozmiarach wątroby i śledziony. Dopiero z końcem drugiego miesiąca stwierdza się stopniowe zmniejszanie rozmiarów wątroby, wystającej na 3 palce z pod łuku żebrowego w linji sutkowej prawej i śledziony, wychodzącej na szerokość 1 palca z pod lewego łuku żebrowego. Surowica krwi wykazuje 4,8 jednostek bilirubiny. Kał zabarwiony. Pod koniec listopada i z początkiem grudnia żółtaczka ustępuje, barwiki żółciowe coraz trudniej dają się wykazać w moczu zapomocą czułej próby Grumberta, Kuhna, także czułe próby na urobilinę



Ryc. 1.

Zdziś B. lat 4 postawiony obok Helenki K. lat 4 również chorej na żółtaczkę zakaźną. Fotografja wykazuje zahamowanie wzrostu Zdzisia B.

(Gilberta, Herschera, Denigés, Chachaumopoulo, Bornano) wypadają ujemnie. Próba na urobilinogen i próba Haya na sole kw. żółc. wahają się, wypadając coraz częściej ujemnie, wreszcie znikają.

Dnia 11 grudnia dziecko odchodzi do domu wyleczone z ujemnym odczynem Wassermanna.

Epikryza:

Dziecko 4-letnie z kiłą wrodzoną, które w 2-gim roku życia przebywało żółtaczkę zapada nagle we wrześniu na ostrą chorobę gorączkową, po której ustąpieniu pojawia się żółtaczka bez objawów niestrawności i bez swędzenia skóry. Żółtaczka jest uparta i trwa prawie 3 miesiące. Żółtaczce towarzyszy znaczne powiększenie wątroby i śledziony. Choroba ustępuje pod wpływem energicznie zastosowanego leczenia przeciwkiłowego.

Rozpoznanie brzmiało:

Hepatitis luetica per icterum infectiosum in individuo heredoluetico reactivata. Hypotrophia maioris gradus hepatica.

W miesiącach jesiennych 1927 r. podobnie jak w poprzednich latach obserwowaliśmy tak na materjale szpitalnym, jak i ambulatoryjnym zjawisko nasilonego występowania przypadków żółtaczki zakaźnej wśród dzieci i dorosłych. Chodzi tu zwykle o t. zw. żółtaczkę dobrotliwą *(icterus benignus)*, która zaczyna się kilkudniowym gorączkowym okresem przedżółtaczkowym. Z momentem ustępującej gorączki zjawia się na skórze i błonach śluzowych

*) Przypadek demonstrowany 6. XII. 1927 r. na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. i 4. I. 1928 r. na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedj.

żółtaczka nieżytowa, trwająca zazwyczaj kilka dni. Epidemję takiej żółtaczki wśród dzieci opisał był Lindstedt w Szwecji, Mikułowski w Polsce. Etjologja choroby tej nie jest ustalona. Eugen Fränkel wyhodował z pośmiertnej żółtaczki zakaźnej prątek paraduru, który u świnki morskiej wywołał ciężką żółtaczkę. Anigstein i Milińska wypowiadają się również za rolą etjologiczną prątków rzekomodurowych, należących do różnych typów serologicznych (Para C dur Hirszfeld. bac. Aertrycke Stanley).

W przypadku naszym ostry kilkudniowy gorączkowy początek choroby, składający się na fazę przedżółtaczkową, poprzedzającą zjawienie się bezgorączkowej żółtaczki, jest znamienny dla tego zakażenia obok danych epidemjologicznych, stwierdzających jesienne nasilenie żółtaczki zakaźnej.

Tak więc mieliśmy prawo rozpoznawać żółtaczkę zakaźną, wykluczając równocześnie możliwość innych postaci żółtaczki. I tak nie mogła to być żółtaczka kamicowa, spowodowana przez zatkanie kanału żółciowego kamieniem. Brak było kolki wątrobowej w wywiadach i brak charakterystycznego początku z kryzą bolesną brzuszną, brak bólu uciskowego na okolicę woreczka żółciowego i w strefie trzustkowo - żółciowej. Pozatem wywiady nie wspominały nic o przebytym w przeszłości durze brzusznym, a badanie ani wywiady nie wykazywały niczego w kierunku istnienia skazy artretycznej czy to u dziecka czy u rodziców. Nie można było myśleć o żółtaczce z zatrucia chloroformem, grzybami trującemi, jadem wężowym, czy tlenkiem arsenu, lub arsenobenzolem z powodu ujemnych w tym kierunku wywiadów. Dla tej samej przyczyny wykluczyć należało tło etylizmu a więc możliwość nieprawdopodobnej w tym wieku marskości alkoholowej. Wiek dziecka wykluczał również postaci żółtaczki w związku ze złośliwym nowotworem główki trzustki, wątroby, dróg żółciowych lub brodawki Vatera.

Nie mieliśmy potrzeby myśleć o *hepatitis appendicularis*, a więc o schorzeniu wątroby, pozostającem w korrelacji z ukrytem zapaleniem wyrostka robaczkowego. W przypadku tym bowiem brak było charakterystycznego obrazu angiocholecystitis z gorączką.

W przypadku naszym wykluczyć należało zespół sercowo - wątrobowy Hutinela zarówno ostry jak przewlekły.

Jeżeli zmiany wypukowe serca nie zawsze istnieć muszą, to jednak musielibyśmy byli stwierdzić inne zaburzenia podmiotowe lub czynnościowe sercowe i krążeniowe jak: duszność, sinicę, przyspieszenie małego tętna, zaburzenia trawienia. Przeciw temu zespołowi przemawiał również brak puchliny brzusznej i zbyt silna żółtaczka w miejsce stanu podżółtaczkowego, wreszcie brak tętnienia żylnego wątroby (Potaina) i brak pulsacji żył szyjnych.

Również ani zapalenie płuc, ani dur brzuszny, ani zapalenie wyrostka robaczkowego nie mogły być w tym przypadku przyczyną jakiejkolwiek żółtaczki wtórnej.

Żółtaczka ze względu na jesienne stosunki epidemjologiczne i ze względu na swój ostry kilkudniowy okres przedżółtaczkowy miała cechy żółtaczki zakaźnej. Uderzająca była okoliczność, że dziecko, pozostające w ścisłej opiece lekarskiej w domu przez okres 3 tygodni, wcale się nie poprawiało i zostało skierowane do szpitala, gdzie żółtaczka utrzymywała się jeszcze następnych 11 tygodni. Żółtaczce towarzyszył obrzęk wątroby, sięgającej poniżej pępka i znaczny obrzęk śledziony. Równoczesne badanie serologiczne krwi wykluczało możliwość istnienia torbieli bąblowca, a stwierdzało wyraźnie istnienie kiły, której jedynym „stygmatem" była wybitna pigmentacja siatkówki. Wywiady wspominały o przebytej już raz w 2-gim roku życia żółtaczce u dziecka. Fakt ten świadczył o istnieniu pewnej skłonności do występowania niedomogi wątrobowej u dziecka. Że niedomoga ta mogła przybierać postać upartą dowodził obecny obraz chorobowy przedłużającej się na szereg 3 miesięcy żółtaczki, której początek był banalny swoim przebiegiem charakterystyczny dla zwykłej żółtaczki „nieżytowej", zwanej dziś zakaźną. Nasuwała się natrętnie potrzeba szukania przyczyny obserwowanej, uporczywej niedomogi wątrobowej we właściwościach, jakie dany ustrój pod względem terenu swojego przedstawiał. Teren ten był *kiłowy*.

Teren kiłowy był przyczyną, że wątroba dziecka wykazywała skłonność do łatwej niedomogi. Pod wpływem niewinnego napozór urazu, jakim była żółtaczka zakaźna, wątroba dziecka nie zareagowała kilkudniową niedyspozycją zapalną, ale uległa odrazu kilkumiesięcznej niedomodze, którą dopiero energiczne leczenie przeciwkiłowe zdołało wyrównać. W przeciągu krótkiego czasu nietylko wątroba, ale i śledziona uległa takiemu powiększeniu, że nawet na wypadek braku odczynu Wassermanna klinicysta zmuszony był myśleć o zarysowującym się w jego oczach zespole wątrobowo - śledzionowym Chauffarda, charakterystycznym dla kiły. Śledziona rozmiarem i konsystencją swoją przekraczała znacznie niewinny obrzęk, t. zw. objaw Maragliano, przewidziany w przebiegu żółtaczki zakaźnej, rzadko zresztą spotykany, a przeciwnie przypominała śledzionę w przebiegu marskości wątroby i z zaznaczoną na powłokach brzusznych siecią krążenia ubocznego, mimo braku puchliny brzusznej, świadczyła o zespole zastoju w obrębie żyły wrotnej.

Poszczególne wyjątki analizy krwi, kału i moczu dowodziły o chorobowem wypadnięciu poszczególnych ważnych funkcyj tego narządu, wystarczały do rozpoznania stanu zapalnego wątroby — na granicy stanu początkowego marskości. Badania laboratoryjne w kierunku funkcji wątrobowej objęte nawet w szczegółowy schemat nie dają nigdy klinicyście pewności, czy wybór jego metod i chwila zastosowanego badania były dostatecznie fortunne w kierunku zdemaskowania tej, lub owej dysfunkcji wątrobowej. Krytyczny klinicysta zmuszony jest w tym kierunku pamiętać o właściwościach asynergji i asynchronizmu fukcji wątrobowych tak jak to rozumieli Noel Fiesinger lub Giuseppe Sabatini. I przed nimi od dawna cały szereg autorów zauważył był fakt, że w przebiegu schorzeń wątroby mogą jej wszystkie czy poszczególne funkcje ulegać uszkodzeniu nie w jednym czasie i nierównolegle. Zwłaszcza w przebiegu lżejszej niedomogi wątrobowej jak np. w rozpoczynającej się marskości z lekką żółtaczką nie stwierdzali nigdy Fiesinger i Clogne naruszenia wszystkich funkcyj naraz. Najczęściej jedna, lub kilka było zupełnie nienaruszonych podczas gdy inne wykazywały zachwianie w rozmaitym stopniu. Z drugiej strony nigdy dwa klinicznie podobne przypadki nie dawały obrazu identycznej niedomogi; przez ten brak paralelizmu i koordynacji czynności wątrobowych „każdy chory wyciskał indywidualne piętno na swojej niedomodze tego narządu". Także pod względem czasu ta sama choroba u tego samego chorego w różnych momentach swojej ewolucji wykazuje rozmaitą zdolność czynnościową gruczołu. Jedna funkcja, która na początku choroby była zwichnięta, wraca po jakimś czasie do równowagi, podczas gdy równocześnie inna, na początku choroby nienaruszona, ulega po jakimś czasie zaburzeniu.

W przypadku naszym oprócz anatomicznego zaburzenia statyki istniało niewątpliwie zwichnięcie dynamiki wątroby, czego dowodzi choćby tylko kilkumiesięczne zaburzenie jej ważnej funkcji egzokrinalnej t. j. żółciowej. Ale nie w tym kierunku zdaniem mojem idzie interes kliniczny tego przypadku. Przypadek jest głównie interesujący przez to, że pod względem klinicznym przedstawiał zespół początkowej marskości wątroby na tle kiłowem, zespół, który stanowił uwerturę do groźnego dramatu, jakkolwiek spowodowany został przez tak błahą przyczynę, jak pospolita żółtaczka sezonowa, jesienna. Zaakcentowany wybitnie zespół wątrobowo - śledzionowy Chauffarda z zaznaczonem upośledzeniem krążenia w obrębie żyły wrotnej pozwalał każdemu doświadczonemu klinicyście oczekiwać każdej chwili pojawienia się puchliny wodnej i całej katastrofalnej konsekwencji tego syndromu, którego ewolucję w energiczny sposób zdołało zahamować jedynie wczesne zastosowanie leczenia przeciwkiłowego. Sceptyk, któregoby nie przekonały dowody Castaignea o błędnem i niczem nieuzasadnionem nieporozumieniu, jakiem jest pokutująca jeszcze wśród lekarzy tendencja dowolnego interpretowania odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki, sceptyk taki na skutek retrospektywnego obserwowania przypadku leczonego *ex juvantibus*, zgodzić się musi, że zespół chorobowy nosił charakter kiłowego schorzenia narządu wewnętrznego. Przypadek ten stanowi przykład obudzenia kiły (wisceralnej) narządu wewnętrznego wskutek zakażenia żółtaczką sezonową. Podczas gdy dawniej uwzględniano i opisywano skrzętnie przypadki kiły skórnej, obudzonej wskutek urazu zewnętrznego, lub wewnętrznego (infekcja) — to od czasu genjalnego doniesienia Hutinela z r. 1919 — *„Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aigues banales ou spécifiques"* pojawiają się w piśmiennictwie coraz wymowniejsze obserwacje stwierdzające prawdziwość, żywotność, ważność i częstość tego zjawiska klinicznego. Z pomiędzy licznych, znakomitych prac tego wielkiego pedjatry francuskiego odkrycie to należy niewątpliwie do najważniejszych pod względem skutków praktycznych, diagnostycznych, prognostycznych i leczniczych.

Zdaniem Hutinela i Nadala obudzenie kiły wrodzonej może się zdarzać w większości narządów i to albo spontanicznie, przynajmniej pozornie bez przyczyny, albo pod wpływem jakiejś przypadkowej choroby zakaźnej, lub toksycznej. Czasem chodzi o objawy, których charakter specyficzny lekarz szybko odkrywa i konsekwentnie leczy przeciwkiłowo, w wielu jednak przypadkach chodzi o takie objawy, których charakteru kiłowego lekarz się nie domyśla i mylnie je pod względem istotnego pochodzenia

interpretuje, składając je na karb zakażenia przypadkowego, płucno - zapalnego, opłucnowego, otrzewnowego, mózgowego czy nerkowego. Tymczasem ewolucja choroby ma w sobie coś nienormalnego, jest powolna, przeciągająca się, uporczywa i, mimo że dotyczy dziecka, ma tendencję do tworzenia tkanki bliznowatej, co jest dla wieku dziecięcego zjawiskiem paradoksalnem i co każe podejrzewać kiłę.

Zmiany w ten sposób powstałe nie zawsze ulegają łatwej i zupełnej regresji. Części miąższu, które uległy zniszczeniu, wykazują większe, lub mniejsze zaburzenie i zbliznowacenie. W następstwie ulega obniżeniu oporność (rezystencja) tych narządów na wszelkie przypadkowe schorzenia, którym łatwiej niż przedtem podlegają. Reakcje te mogą być czasem przejściowe i niczem się nie różniące od objawów banalnych; kiedyindziej rozwijają się w sposób specjalny, ustępują bardzo powoli i pozostawiają mniej, lub więcej głębokie ślady; gdy się w końcu odkryje kiłę wrodzoną, nie podobna się uwolnić od myśli, że to było obudzenie zakażenia kiłowego.

Banalna w swoich początkach reakcja dopiero późno przybiera charakter specyficzny. Oczywiście między banalnemi objawami a typowem obudzeniem kiły można zaobserwować cały szereg stanów pośrednich. Oba procesy są ściśle ze sobą związane, ale zakażenie przewlekłe, które kroczy krokiem powolnym, jest bardziej uporczywe i w końcu wybija się na pierwszy plan. Dlatego też chroniczne zakażenie należy przedewszystkiem poddać leczeniu.

Pojęcie urazu zakaźnego (wielka, lub drobna infekcja) obudzającego z uśpienia kiłę utajoną (nabytą, lub wrodzoną) jest niewątpliwie pojęciem dość delikatnem i nie takiem prostem, jak zaziębienie, lub przeciąg, ale dla lekarza, obserwującego bystro warunki przebiegu różnych zakażeń, jest stanowczo pojęciem równie realnem, jak pojęcie kiły urazowej w znaczeniu chirurgicznem. Każdy lekarz w czasie wojny miał sposobność obserwować przypadki kiły urazowej: a więc przypadki kilaków występujących w miejscu doznanej kontuzji i w następstwie po kontuzji. U Arabów zauważyli lekarze (L a c a p è r e) ulubione umiejscowienie kilaków na kości czołowej, w związku nie z czem innem jak ze zwykłym urazem spowodowanym biciem pokłonów o posadzkę kamienną w meczetach w czasie codziennej modlitwy.

Okulistom znany jest notorycznie fakt, że niewinna operacja pospolitego jęczmyka stwardniałego (chalazion) wywołuje niejednokrotnie u osobnika z ukrytą kiłą reaktywację kiły w postaci wybuchu złośliwego zapalenia rogówki.

Pojęcie urazu zakaźnego, czyli podrażnienia aktywującego utajoną inną chroniczną chorobę zakaźną, nie jest niczem innem, jak przeniesieniem zjawiska chirurgicznego, czy skórnie namacalnego i widzialnego do trudniej zmysłami dostrzegalnych zjawisk z zakresu medycyny wewnętrznej, pozornie więcej metafizycznej, a w istocie tak samo realnej, jak inne gałęzie medycyny. W pedjatrji pojęcie utajonej gruźlicy, podlegającej obudzeniu pod wpływem banalnego pozornie zakażenia odrą zdobyło sobie od lat przesadne nieco (ze względu na pokrzywdzenie roli utajonego koklușzu) miejsce w klinice dziecka. Jak pojęcie obudzenia gruźlicy utajonej nie jest metafizyką, tak samo i pojęcie kiły utajonej, choroby zakaźnej tak podobnej anatomicznie do gruźlicy, nie zasługuje na lekceważenie, ale na analogiczne poddanie krytycznej obserwacji.

A obserwacja prof. G o u g e r o t i M i l i a n a wykazuje, że nie tylko zakażenia ciężkie, jak zapalenie płuc, grypa ciężka, dur brzuszny, ostry gościec stawowy, płonica i t. p., ale także lekkie ostre zakażenie, jak angina, nieżyt kiszek, grypa „dobrotliwa" — są w możności obudzić kiłę utajoną. Bywa się wtenczas często zaskoczonym przez kontrast, jaki zachodzi między lekkością i dobrotliwością ostrej infekcji i wybuchem procesu w narządzie wewnętrznym, który nie tylko jest intensywny, uparty, z tendencją do przejścia w stan przewlekły, ale oprócz tego także jest często groźny.

Oczywiście umiejscowienie uszkodzeń może być najrozmaitsze, więc równie dobrze oponowo - mózgowe, oskrzelowo - płucne, sercowo - aortalne, nerkowe, gruczołowe, tarczycowe, stawowe, kostne, lub jak w naszym przypadku wątrobowo - śledzionowe.

Zmiany, wywołane przez kiłę, usadawiają się najczęściej w tym narządzie, który zazwyczaj ulega zaatakowaniu przez ostre zakażenie, a proces chorobowy jest z początku w większości przypadków procesem mieszanym. Niewątpliwie, że w naszym przypadku tak właśnie przedstawia się sprawa lokalizacji i mieszanego zakażenia. Trudno określić, w którym dniu choroby ustąpiło zakażenie żółtaczką sezonową, to pewne tylko że przebieg hepatitis i niedomogi wątrobowej, zbliżającej się obrazem klinicznym do typu marskości z przerostem, dowodził, że kiła wątroby wybiła się w zakażeniu na plan pierwszy.

Można również obserwować najrozmaitsze stopnie nasilenia chorobowego obudzonej kiły, począwszy od najcięższych zmian anatomo - patologicznych narządów — skończywszy na zmianach tylko humoralnych, właśnie takich, jakie wykrył był M i l i a n, polegających na reaktywacji wygasłego przedtem odczynu Wassermanna, który wskutek urazu banalnej nawet infekcji może stać się dodatnim.

W świetle tego odkrycia oczywiście jasną staje się rzeczą potrzeba systematycznego, obowiązkowego i odruchowego badania odczynu Wassermanna u każdego chorego dziecka w każdym szpitalu dziecięcym, bez względu na to, czy choroba, z którą dziecko przybyło jest (jak odra, czy świnka) na pierwszy rzut oka widoczna, czy nie.

Reaktywację odczynu Wassermanna daje się sprowokować nie tylko zapomocą środków przeciwkiłowych, ale także przez pewne choroby zakaźne jak herpes, płonica lub grypa, przez różne toksyny drobnoustrojów, przez niektóre szczepionki. Także N e u d a wykrył zdolność reaktywacji odczynu Wassermanna pod wpływem zakażenia grypowego. To samo stwierdził M a r i n i w przebiegu duru brzusznego.

„W rzeczywistości nie chodzi w przypadkach tych o obudzenie odczynu Wassermanna, ale o obudzenie samej choroby, o prawdziwy wpływ biotropiczny substancji chemicznej mikrobu na pasorzyta kiłowego". (M i l i a n).

Prof. G o u g e r o t opisuje przypadek, dotyczący kobiety 38-letniej, dotąd zdrowej, która na początku grudnia 1924 r. zachorowała na lekką płonicę, bez jakiegokolwiek białkomoczu i w 15 dni po spadku gorączki zapadła na płonicze zapalenie nerek z obrzękami. Zapalenie nerek było uparte i mimo zniknięcia obrzęków nie ustępowało, wykazując przez następnych 10 miesięcy białkomocz 2—3‰.

Dnia 29 października 1925 r. kobieta ta zasięgała porady lekarskiej dla dzieci swoich u prof. G o u g e r o t'a z powodu banalnego wyprysku skóry. Lekarz ten przypadkowo zauważył u dzieci stygmaty kiły wrodzonej na czaszce i zębach. Badając matkę, stwierdza wspomniane zapalenie nerek, wykrywa u niej dodatni odczyn Wassermanna, demaskuje u męża zakażenie kiłowe na trzy lata przed ślubem i także dodatni odczyn Wassermanna. Kobieta ta po 25-tej injekcji cjanku rtęci została zupełnie wyleczona z zapalenia nerek płoniczego, które trwało okrągły rok.

Jakkolwiek jeden przykład ten dotyczy kliniki dorosłych, to jednak nikt nie zaprzeczy, że jest on w pierwszej linji dla pedjatry, który najwięcej ma z płonicą kontaktu, w wysokim stopniu pouczający i praktycznie więcej produktywny, niż niejedna teorja w rodzaju dotychczasowych teoryj o profilaksji płonicy toksyną D i c k a.

Mniej z pedjatrją spokrewniony, ale z treścią swoją anatomiczno - kliniczną z naszym przypadkiem bliżej związany, jest opis tego samego autora przypadku kiły wątrobowej, obudzonej przez zimnicę wątroby. Kolonista 52 - letni przebył kiłę w 29 r. życia, która od tego czasu nie dawała żadnych objawów skórno - śluzowych, potem chorował na czerwonkę i wreszcie w 34 r. życia zapadł na zimnicę na Madagaskarze. Od pierwszego ataku malarji zapada po 2 do 3 razy na rok na paroksyzm zimnicy i w związku z tem na bolesny obrzęk wątroby z urobilinurją i stanem podżółtaczkowym. W lecie 1924 r. badany przez prof. G o u g e r o t'a przedstawia obraz marskości przerostowej wątroby z puchliną brzuszną, splenomegalją i plamicą skóry. Odczyn Wassermanna jest słabo dodatni, G o u g e r o t zastosował energiczne leczenie przeciwkiłowe, które w przeciągu kilku tygodni usunęło nie tylko stan podżółtaczkowy i urobilinurję, ale spowodowało zniknięcie puchliny brzusznej, zmniejszenie wątroby i śledziony do normy i doprowadziło do zupełnego wyleczenia kiły wątrobowej, którą niewątpliwie obudziła malarja.

Przypadek ten przedstawia pewną analogję z naszym przypadkiem, jakkolwiek chodzi o inne zakażenie prowokujące.

Oba przypadki G o u g e r o t'a są mocne pod względem wartości praktycznej i służyć mogą za dowód, jak myśl H u t i n e l a o obudzeniu kiły utajonej była konkretna, treściwa, trafna i zapładniająca.

Co do teoretycznego zagadnienia mechanizmu patogenicznego tych zjawisk klinicznych, wydaje mi się wspomniane porównanie ich z urazem na skutek kontuzji, czy operacji odpowiedzią może wymijającą, ale narazie wystarczającą.

Nazwanie tego zjawiska urazem wewnętrznym, czy urazem zakaźnym, czy shokiem humoralnym może być mniej lub więcej fortunnym wykładnikiem tego porównania.

Przypadek nasz porusza jeszcze po części zagadnienie interpretacji odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki. Niektórzy autorowie wypowiadali wątpliwości, czy odczyn Wassermanna w surowicy żółtaczkowej nie daje powodu do omyłek spowodowanych przez możliwość zmętnienia reakcji wiązania dopełniacza przez elementy żółciowe surowicy. W niektóre podręczniki wdarły się nawet wzmianki o braku miarodajności odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki. Sprawa ta należy jednak do przeszłości, zlikwidowanej przez Castaigne'a, który poddał badaniu serologicznemu szereg surowic chorych na przewlekłą żółtaczkę. W każdym przypadku dodatniego wyniku badania chodziło o chorego z kiłą. Żółtaczka więc sama nie jest zdolna spowodować dodatniego odczynu Wassermanna.

Niezależnie od serologicznego wyniku badania przypadek nasz potrąca także o inny problem, a mianowicie o rolę żółtaczki w klinice kiły. Jak wiadomo od r. 1920 t. j. od ogłoszenia pierwszych trzech obserwacji żółtaczki przez Miliana u chorych kiłowych z wrzodem pierwotnym w okresie przedróżyczkowym — mnożą się w piśmiennictwie coraz częstsze spostrzeżenia potwierdzające trafność odkrycia uczonego francuskiego. Autor ten nazwał tę żółtaczkę: *ictère syphilitique primaire.*

Milian, Nicaud, Gaston — Tissot i inni stwierdzili, że w czasie tej żółtaczki odczyn Wassermanna jest ujemny i pokazuje się dopiero w zwykłym odstępie czasu, tak jak w przebiegu każdej kiły. Żółtaczka jest więc zjawiskiem prehumoralnem i nie wpływa, zgodnie ze spostrzeżeniami Castaigne'a na odczyn Wassermanna. Żółtaczka kiłowa pierwotna, towarzysząca wrzodowi pierwotnemu, bywa krótsza, lub dłuższa i ustępuje na skutek energicznego leczenia przeciwkiłowego. Pojawia się ona nierzadko w przebiegu kiły ciężkiej. Jeszcze doświadczenia Hoffmanna z 1906 r. na małpach, którym zaszczepiał krew ludzi kiłowych, wykazały, że krętek kiły zjawia się w krwiobiegu bardzo wcześnie, bo nawet na 3 tygodnie przed wystąpieniem różyczki. Nic więc dziwnego, że i wątroba może ulec wcześnie zmianom chorobowym. Systematyczne badania wątroby u małp, szczepionych przez Roux i Miecznikowa, wykazywały z wczesnym początkiem zakażenia istnienie zmian miąższowych wątroby, podobnych do zmian stwierdzonych na ludzkiej wątrobie u osób zmarłych przypadkowo w drugim okresie kiły (Sézary).

Szczegóły te świadczą, że żółtaczka kiłowa pierwotna jest wczesnym objawem uszkodzenia wątroby i że narząd ten już w samym początku infekcji jest czuły na uszkodzenia kiłowe, co tłumaczy także częstość umiejscowienia zmian kiły późnej właśnie w tym narządzie. W świetle tych faktów wypływa jasno nie tylko potrzeba wczesnego energicznego leczenia kiły w samym jej początku, ale także potrzeba czujnego ustosunkowania się lekarza wobec żółtaczki, która w każdej porze życia może być sygnałem zakażenia kiłowego.

Wiek dziecięcy nie stanowi pod tym względem wyjątku i każdemu pedjatrze wiadomo, że istnieje u osesków rodzaj dyspepsji uporczywej lub intolerancji pokarmowej, nie ustępującej mimo zastosowania najrozsądniejszej djety, z mniejszą lub większą żółtaczką i odbarwieniem stolców, postać uleczalna ale tylko zapomocą środków przeciwkiłowych. Żółtaczka w tych przypadkach jest często symbolem niedomogi wątrobowej o etjologji kiłowej.

W opisie przypadku naszego wspomnieliśmy, że w leczeniu hepatitis wstrzymaliśmy się świadomie z wprowadzeniem arsenobenzolu, nie chcąc narazić czułej komórki wątrobowej na agresywne działanie tego środka. Jak wiadomo arsenobenzol (i jego pochodne) sam w sobie jest zdolny wywołać żółtaczkę toksyczną. Użycie więc jego w przypadku hepatitis byłoby błędem leczniczym. Mniej toksyczne niż arsenobenzol są sole bizmutowe, ale i one czasami mogą wywoływać żółtaczkę. Z tych powodów ograniczyliśmy się do stosowania rtęci i jodu.

Przypadek nasz nasuwa jeszcze jedną refleksję na temat wzmiankowanej w opisie hipotrofji. Dziecko wykazuje odchylenie wzrostu 13,26%. Czy zahamowanie wzrostu należy kłaść na karb przebytej krzywicy dziecka? Wiadomo, że wielu autorów wątpi wogóle o istnieniu związku między małym wzrostem i krzywicą „ponieważ krzywica nie działa bynajmniej bezpośrednio szkodliwie na właściwy mechanizm wzrostu na długość" (Pfaundler, Chose). Dziecko nasze już w drugim roku życia przechodziło jakąś hepatitis z żółtaczką, bo jako dziecko kiłowe miało już wcześnie tendencję do łatwego zaburzenia funkcji tego narządu. Z prac Ribadeau — Dumas'a i Faroy wiadomo, że dzieci kiłowe z niedomogą wątroby popadają łatwo w atrepsję i hipotrofję.

W tem zahamowaniu wzrostu niezależnie od kiły utajone schorzenie samej wątroby jest momentem przyczynowym niskiego wzrostu i zatrzymania ogólnego rozwoju na stopniu niższym, odpowiadającym pojęciu infantilismus. Pierwszy Lereboullet w r. 1901 wprowadził na określenie tego spostrzeżenia nazwę infantilizmu wątrobowego. Przed nim przypadki takie obserwował cały szereg autorów jak Tissier, Gilbert, Fournier, po nich Osler, Falta, Rienböck, Quadri, Pfaundler. Sprawa ta wkracza w zagadnienie roli endokrinalnej wątroby. Pod wpływem choroby tego narządu zarysowuje się czasem wypadnięcie tej jego endokrinalnej funkcji.

Przypadek 2.

Marysia D. *) Nr. prot. 20008 lat 3 jedynaczka rodziców zdrowych, ale nerwowych. W 1-szym roku życia dziecko cierpiało na bezsenność, zresztą żadnych chorób nie przechodziło. Obecna choroba wystąpiła nagle, ostro dnia 11. X. 1927 r. wśród gorączki 39°, wśród drgawek klonicznych prawej połowy ciała, z zamroczeniem przechodzącem w zupełną nieprzytomność. Stan ten przy coraz częściej występujących drgawkach, niepokoju i wzrastającej nieprzytomności oraz braku objawów niestrawności utrzymuje się przez następnych 5 dni. Analizy moczu sygnalizują zwiększoną ilość leukocytów osadu moczowego i pojawienie się acetonu w moczu: to ostatnie daje powód lekarzom do rozpoznawania ketonemji.

Dnia 16. X. przybywa dziecko do szpitala. Dziecko nieprzytomne, bardzo niespokojne, z błędnym wzrokiem. Na swój wiek wielkie, dobrze odżywione. Kościec bez zmian, stawy wolne. Brak stygmatów kiłowych. Odczyn Pirqueta i na luetynę ujemny. Barwa skóry normalna. Temp. przy przyjęciu 39°. Tętno 120. Język wilgotny nie drży. Gruczoły, jama ust, nos, uszy, narządy klatki piersiowej bez zmiany. Tony serca czyste. Śledziona niemacalna, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego.

Badanie nerwowe: źrenice równe, oddziaływują żywo na światło i przystosowanie. Nerwy czaszkowe bez zmian. Brak objawów oponowych, oprócz wzmożonego napięcia mięśni. Odruchy wzmożone: ścięgniste, okostnowe, górnej kończyny, kolanowe, Achillesa dolnej kończyny, odruch brzuszny normalny. Brak objawu Babińskiego. Brak zaburzeń czucia. Brak drżenia zamiarowego. Brak ataksji. Badanie laboratoryjne: Nakłucie lędźwiowe wykonane tuż po przyjęciu chorego dziecka wydostaje płyn mózgowy jasny, czysty pod znacznie wzmożonem ciśnieniem. Białka 0,12‰, mocznika 0,15‰, chlorków 7‰, cukru 0,6‰. Refr.: 1.3349, odczyn z ninhidryną dodatni, odczyny globulinowe ujemne. Posiew jałowy. W osadzie 4 białe ciałka w 1 mm^3. Odczyn Wassermanna z przyczyn od nas niezależnych nie wykonany.

Krew: hemoglobiny 67%. Czerw. ciał.: 6,300.000. Biał. ciał.: 14.000. Wielojądrz.: 65%. Limfoc. 31%. Przejść. 4%. Płytek: 250.000. Mikrotrombocytoza. Czas krwawienia 6'. Czas krzepnięcia 6'. Kurczliwość skrzepu dobra. Odczyn opaskowy ujemny, odczyn nakłucia Kocha ujemny. Refr. 1.3510, białka 8,81%. Surowica zawiera 4 jednostki bilirubiny. Posiew krwi jałowy. Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny i paradury ujemne. Odczyn Wassermanna ujemny. (Rodzice *luem negant).*

Mocz kwaśny 1020 o barwie piwa bawarskiego wykazuje obecność urobiliny, barwników żółciowych i urobilinogenu. Zwiększona ilość kwasu moczowego 1,14‰ przy bezpurynowej diecie. Odczyn Haya dodatni. W osadzie moczu do 20 leukocytów w 1 polu widzenia.

Kał: bez krwi utajonej, odczyn Tribouleta wykazuje acholję barwikową.

Badanie okulistyczne (Dr. Matusewiczówna) stwierdza: brak zastoiny. Wybitna pigmentacja siatkówki (Tabakbestreuung).

Przebieg choroby: Po wykonanem nakłuciu lędźwiowem ustąpiło natychmiast wielkie podniecenie dziecka. Sen spokojny. Dnia następnego 17. X. krytyczny spadek ciepłoty do normy, równocześnie dziecko zdaje się być przytomniejsze, siada samo na łóżku, pije podawane pokarmy i wykazuje znaczną poprawę stanu nerwowego. Na skórze, twardówkach i na błonach śluzowych zjawia się żółtaczka przy braku objawów niestrawności i braku swędzenia.

Od 17. X. do 20. X. stan lekkiej żółtaczki bezgorączkowej z nieco obrzękłą wątrobą z ogólnym dobrym stanem fizycznym, tętnem 95, dobrym apetytem i dobrym snem. Dziecko zupełnie spo-

---

*) Przypadek demonstrowany dnia 6. XII. 1927 na posiedzeniu klin. Warsz. Tow. Lek. i dnia 4. I. 1928 na posiedzeniu klin. Pol. Tow. Pedjatr.

kojne, ale nie mówi i nie odzyskuje normalnej przytomności umysłu.

Dnia 21. X. Żółtaczka ustąpiła. Badanie moczu ujemne z ustępującym obrazem osadu patologicznego. Temp. normalna.

Dziecko bardzo niespokojne, krzyczy przejmująco, płacze, wykazuje podniecenie szałowe z próbami ucieczki. Mięśnie kończyn wykazują po stronie prawej wzmożone napięcie, odruchy ścięgniste żywe, niepokój ruchowy.

Dnia 2. X. Stan podniecenia szałowego trwa przy braku gorączki. Palce prawej ręki daszkowato ustawione. Chód dziecka przypomina obraz propulsji. Wezwany neurolog, Dr. Morawiecka, określa stan: *encephalitis in regione ganglionum baseos cerebri.* W następnych dniach t. j. do 15. X. stan się utrzymuje przy stałe normalnej ciepłocie i dobrym apetycie. Palce prawej ręki wykazują atetozę.

Dnia 25. X. dziecko poprawia się, poznaje pierwszy raz matkę, rozmawiać jeszcze nie może, wzrok ma szklany, wyraz twarzy maskowaty.

Dnia 25. X. wykonano powtórnie nakłucie lędźwiowe. Płyn pod niewielkiem ciśnieniem. Odczyn Flataua ujemny. Badanie chemiczne i morfologiczne, jak wyżej. Badanie serologiczne stwierdza *dodatni odczyn Wassermanna.*

Od dnia 25. X. do 28. X. dziecko spokojniejsze, odzyskuje powoli przytomność, mówi nieco skandująco, powoli (bradylalia) i z monotonją.

Dnia 28. X. odchodzi do domu.

Obserwowane w miesiącach listopadzie, grudniu i styczniu 1928 r. poprawia się pod względem psychicznym i nerwowym. Odzyskuje zupełną przytomność umysłu, wesołość, zainteresowanie otoczeniem i nie wykazuje zmiany charakteru. Hypertonia mięśniowa ustąpiła. Brak jakiejkolwiek sztywności mięśniowej, brak zaburzeń stereognostycznych. Chód pewny. Mowa poprawia się, otrząsając się stopniowo z monotonji. Tylko sen niezupełnie jest dobry i wymaga symptomatycznych interwencyj leczniczych. Leczenie dziecka w szpitalu było objawowe i dopiero po stwierdzeniu dodatniego odczynu Wassermanna rozpoczęto kurację przeciwkiłową, którą dziecko w dalszym ciągu po wyjściu ze szpitala energicznie kontynuuje.

Epikryza: Dziecko 3-letnie z kiłą wrodzoną dotąd zdrowe zapada nagle w październiku na ostrą chorobę gorączkową do 39°, wśród objawów wybitnie mózgowych przy braku objawów niestrawności. Po 6 dniach nagły spadek temperatury do normy, w której się następnie do końca utrzymuje. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty ustępują na drugi plan objawy nerwowe, a zjawia się żółtaczka, która jest lekka i trwa 5 dni. Po jej zniknięciu świeże nasilenie objawów mózgowych z nieprzytomnością i podnieceniem szałowem. Objawy mózgowe trwają jeszcze 2 tygodnie i pozostawiają tylko jako ślady bezsenność nieznacznego stopnia, utrzymującą się przez następne 2 miesiące.

Rozpoznanie brzmiało: *Encephalitis luetica per icterum infectiosum in individuo heredo - luetico reactivata.*

Jakkolwiek w rozpoznaniu tem zawarta jest cała synteza tego przypadku, to jednak zasługuje on zdaniem naszem na analizę poszczególnych faktów, których krytyczne wyświetlenie przyczynić się może nie tylko do zrozumienia spiętrzonych w krótkim czasie trudności rozpoznawczych, ale także do zupełnego przekonania się o trafności i prawdziwości poglądów Hutinela.

W przypadku tym uderza pewna niezupełnie ścisła, ale widoczna analogja zjawisk z poprzednio opisanym przypadkiem.

I tu i tam dziecko „zdrowych" rodziców, wolne od stygmatów kiłowych zachorowuje nagle na ostrą chorobę gorączkową w okresie jesiennym (wrzesień - październik) i w kilka dni po spadku gorączki występuje żółtaczka i tu i tam bez noksy pokarmowej i bez objawów niestrawności. Ponieważ w czasie tym obserwowaliśmy i na materjale szpitalnym i ambulatoryjnym coroczne zjawisko nasilenia żółtaczki sezonowej — łatwo zrozumieć, że żółtaczkę w naszym przypadku występującą po charakterystycznym kilkudniowym okresie przedżółtaczkowym — zmuszeni byliśmy uznać za *icterus infectiosus.* Żółtaczka sama była lekka i przelotna, bo trwała zaledwie 5 dni, nie prowadząc do żadnych stanów większej niedomogi funkcjonalnej ani do większych zmian anatomicznych, których jedynym klinicznym objawem był nieznaczny obrzęk tego narządu. Żółtaczka więc jako taka niczem nie odbiegałaby od zwykłego schematu przewidzianego dla tej niewinnej infekcji. A jednak choroba zaczęła się groźnie wśród objawów wybitnie mózgowych, których pierwsza regresja wraz z równoczesnym spadkiem ciepłoty, nakazywała oczekiwać poważnej pod względem nasilenia infekcji. Choroba, która się wykluwa wśród tak głębokiego zaburzenia sensorium, jest według doświadczenia lekarskiego zazwyczaj silniejszą infekcją — jeżeli to dur, to cięższy dur, jeżeli płonica, to cięższa płonica — a jeżeli żółtaczka zakaźna, to w każdym razie cięższa postać żółtaczki zakaźnej, więc jakaś forma choroby Weila, lub inna intensywnością swego zakażenia imponująca lekarzowi postać zakaźnego zapalenia wątroby. Tymczasem po dramatycznem preludjum nastąpiła pogodna, banalna i efemeryczna żółtaczka, która bez leczenia w przeciągu 5 dni sama się zlikwidowała. A w ślad po ustąpieniu żółtaczki wrócił na nowo początkujący ciężki zespół objawów mózgowych, który utrzymywał się jeszcze przez 2 tygodnie.

Jeżeli więc zaburzenia mózgowe były objawem zakażenia ustroju żółtaczką, to uderzającą była ta dysharmonja między ciężkością schorzenia nerwowego, a przelotnością i banalnością objawów niedyspozycji niedomogi wątrobowej. Objawy mózgowe nie mogły stanowić postaci obłędu wątrobowego, *folie hépatique,* choroby notowanej przez K l i p p l a, ani *delirium hepaticum,* znanem jeszcze G r a v e s o w i przed 50 laty, ani obłędem poronnym przepuszczającym L a i g n e l L a v a s t i n e'a. Objawy mózgowe w przypadku naszym odpowiadały więcej anatomicznie pojęciu procesu zapalnego mózgu niż psychozie infekcyjnej, a z drugiej strony brak było właśnie tej ciężkości zakażenia wątrobowego lub ogólnego któraby usprawiedliwiała stan mózgowy.

Jeżeli sensacje mózgowe nie były żadną z postaci „obłędu wątrobowego" to nie mniej nasuwające się w konsekwencji rozpoznanie „encephalitis" winno być dobrze uzasadnione i ostrzem sceptycyzmu podważone. Wiadomo bowiem, jak często nieopatrznie zwykliśmy rozpoznawać to cierpienie tam, gdzie go w istocie niema. Nasuwać się więc mogła wątpliwość, czy stan mózgowy nie był objawem hypertensji płynu mózgowego. Historja choroby notuje, że pierwsze nakłucie lędźwiowe wydobyło płyn pod wzmożonem ciśnieniem. Przeciw zespołowi hipertensji śródczaszkowej przemawiał ujemny obraz wziernikowy, który nie przedstawiał przekrwienia brodawkowego. Utrzymuje się ono długo (szereg dni) nawet po ustąpieniu ostrych objawów hypertensji, (bólów głowy, czy wymiotów) nie byłoby więc uległo przeoczeniu przez okulistę.

Rozpoznanie: „encephalitis" oparte było nie tylko na objawach ogólnych, ale i ogniskowych, które jakkolwiek były w naszym przypadku bardzo dyskretne i nie sprowadziły porażeń nie mniej zaznaczyły się przez hypertonję mięśniową, daszkowate ustawienie palców i atetozę. Objawy mózgowe pozostawiły po sobie ślad w postaci dość długo utrzymującego się zwolnienia rytmu mowy i w postaci bezsenności, towarzyszącej sprawie zdrowienia. Tak więc nie tylko w czasie choroby, ale i ex post retrospektywnie mamy prawo rozpoznawać realność zapalenia mózgu w naszym przypadku. Rozpoznanie nasze nie byłoby kompletne, gdybyśmy nie byli usiłowali szukać etjologji tej sprawy. Z powodu wyżej wspomnianego dyssonansu między błahością zakażenia wątrobowego, a ciężkością objawów mózgowych należało wcześnie zorjentować się w innym kierunku. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ostre zapalenie mózgu bywa dość często następowym, wtórnym procesem niektórych chorób zakaźnych dziecięcych, jak odra, koklusz. Ponieważ w przypadku naszym choroba mózgowa wystąpiła nie następowo, ale raczej pierwotnie, mogła nasuwać się myśl, że jest to postać encephalitis nieznanego zarazka, nawiedzająca dość często wiek dziecięcy w sposób endemiczny. Przyjęciu tej koncepcji stał na przeszkodzie brak jakichkolwiek podstaw epidemjologicznych. Ani w naszym szpitalu, ani na innych oddziałach (klinika neurol. Szpital Starozakonnych) nie notowano w tym sezonie przypadków endemicznej encephalopatji wśród dzieci.

Przypadek nasz wymagał wykluczenia postaci zapalenia mózgu Economo.

Jeżeli w pewnym stopniu przemawiać mogły za tem, oprócz znanego polimorfizmu tej choroby, objawy takie, jak: senność, delirja, wzmożone napięcie mięśniowe — atetoza, to przeciw przemawiało bardzo dużo okoliczności. Przedewszystkiem brak warunków epidemjologicznych, brak obecności charakterystycznego trias autorów francuskich: umiarkowana gorączka, *(état fiévreux Gordier)* senność i porażenia mięśni ocznych. Początek choroby jest w regule nieostry, ale wlokący się przez 2 — 3 tygodni, wśród ogólnych nieokreślonych objawów (R e i n h a r t, S i e m e r l i n g, O b e r n d o r f e r, N o n n e, S t a c h e l i n, N e t t e r). Przytem wszyscy autorzy podkreślają charakter „grypowy" początku choroby. W przypadku naszym z trias wspomnianego była obserwowana tylko senność, ale jest ona wogóle najczęstszym objawem wszystkich niemal schorzeń mózgowych.

W przypadku naszym brak było porażeń mięśni ocznych (n. okoruchowego odwodzącego, bloczkowego), brak było nierówności źrenic (anisokorji), brak porażeń mięśni czaszkowych. Płyn mózgowy nie wykazywał pleocytozy, ani glikorachji (N e t t e r, D u m u l a r d, G u b r y). Wreszcie brak było zdecydowanych zaburzeń dy-

namiki i statyki mięśniowej t. j. brak objawów amyostatycznych, ataksji, adjadochokinezy. W trzy miesiące po wyleczeniu dziecko nie wykazuje żadnych zmian somatycznych, ani zmian charakteru, któreby pozwalały na rozpoznawanie ex post przebytego zakażenia chorobą Economo.

Względy epidemjologiczne mimo pozornej paradoksalności takiego przypuszczenia kazały uwzględnić i ustosunkować się wobec innej infekcji mózgowo-nerwowej, która właśnie w tym okresie czasu dostarczyła była naszemu szpitalowi szereg (10) przypadków choroby Heine-Medina. Wiadomo jest z licznych wartościowych obserwacyj, opublikowanych w piśmiennictwie ostatnich lat, jak wiele poliformizmu przedstawia ta choroba i jak łatwo jest ją przeoczyć.

Prof. Etienne w pracy swojej o leczeniu choroby Heine-Medina surowicą przytacza miedzy innemi obserwacjami, pochodzącemi z jednej epidemji, także dwie, w których choroba zaczęła się żółtaczką, a dopiero późno, bo w jednym przypadku w miesiąc, w drugim w 2 tygodnie, wystąpiły porażenia wiotkie mięśni. (Jedna obserwacja Etienne'a, druga Barbier z Chateauroux).

W tym względzie ujemny wynik obserwacji jakichkolwiek porażeń wiotkich. lub zniesienia odruchów ścięgnistych wykluczał i tę infekcję. Ze wszystkich innych toksycznych, czy zakaźnych czynników najważniejszym, jakkolwiek nie jedynym jest jad kiłowy, którego rolę należy w każdym podobnym przypadku wykluczyć. Otóż w przypadku naszym mimo ujemnej anamnezy, mimo ujemnego odczynu Wassermanna krwi u dziecka, mimo braku stygmatów kiłowych i braku pleocytozy płynu mózgowego, badanie dna oka wcześnie sygnalizowało prawdopodobieństwo istnienia terenu kiły wrodzonej, a to na podstawie stwierdzonej silnej pigmentacji siatkówki. Na podstawie tego jednego czynnika wstrzymywaliśmy się od wydania opinji o kile aż do chwili, kiedy badanie płynu mózgowego dało w poszczególnych dawkach z 3 antygenami odczyn Wassermanna dodatni. Wtenczas stało się jasnem, że jakikolwiek jest proces chorobowy, który w naszych oczach wyrasta, to w każdym razie posiany jest on na terenie kiłowym. Należało pójść dalej i wobec usuwających się wysiłków znalezienia innej etjologji encephalopatji uznać ją za organicznie związaną z istniejącem zakażeniem przewlekłem i wrodzonem u naszego dziecka. Dlaczego teraz a nie wcześniej zapadło ono na to gwałtowne zaburzenie układu nerwowego? Co spowodowało ten wybuch? Jak nagłe pojawienie się objawu kiły trzeciorzędnej w postaci kilaka spowodowane być może przez banalny uraz. więc niewinną kontuzję, podobnie nagłe obudzenie kiły tego lub owego narządu wewnętrznego odbyć się może wskutek drobnego urazu zakaźnego. I takim urazem zakaźnym w naszym przypadku była właśnie żółtaczka sezonowa. W tym zbiegu okoliczności tkwi dalszy ciąg analogji obydwóch opisanych przypadków. Bo jak tam tak i tu żółtaczka zakaźna zdołała obudzić z utajenia sprawę chorobową, która silną indywidualnością swoją zapanowała w zupełności nad zakażeniem wywołującem, odsuwając je na plan drugi mniej wartościowy pod względem anatomo-klinicznym. I tam i tu uległ schorzeniu narząd którego tkanka jest szczególnie wrażliwa i podatna na działanie krętka bladego. Hutinel pierwszy, choć nie jest neurologiem, zauważył bystro, że u dzieci z kiłą wrodzoną szczególnie często występują odczyny oponowe lub mózgowe zapalne wskutek przypadkowego pospolitego zakażenia i ogłosił 5 spostrzeżeń, w których albo lekka grypa, albo angina prowokowała wybuch bardzo ciężkich objawów zapalenia mózgu i krwotoków śródoponowych.

Oprócz tych przypadków zapalno-mózgowych spotyka się często objaw obudzenia kiły wrodzonej w postaci drgawek, które występują wskutek tego lub owego urazu zakaźnego. Drgawki te przekształcają się czasem w typowe postaci padaczki. Czasem uda się lekarzowi odkryć tło kiłowe tej sprawy, czasem nie, zawsze jednak obowiązkiem jego jest dokładne szukanie etjologji.

Podobnie ma się rzecz z pląsawicą. Jest to choroba rozpowszechniona wśród dzieci. Każdy lekarz spotykał pląsawicę czasem także u dzieci kiłowych.

Niema wątpliwości, że w przypadkach, kiedy udaje nam się odkryć istnienie terenu kiłowego, więc czy to na podstawie stygmatów, czy charakterystycznych wywiadów, czy odczynu Wassermanna, nie należy omijać obojętnie myśli, którą rzucił Hutinel, że chodzić tu może również o formę obudzenia kiły pod wpływem zakażenia gośćcowego.

Przypadek opisany jest niewątpliwie przykładem zjawiska klinicznego obudzenia kiły mózgowej *(encephalitis luetica)* pod wpływem urazu zakaźnego żółtaczki sezonowej. Jest on przez to mimowoli przyczynkiem do wzbogacenia skąpej kolekcji zapaleń mózgu kiłowych, o których Oppenheim i Rosenfeld wspominają jak o białych krukach. Przypuszczać należy, że jednak przypadki takie są częstsze, niżby się na pozór zdawało. Mimo że warsztat pracy, przy którym stoję, nie rozporządza wielkim materjałem szpitalnym, ogłosiłem w ubiegłym roku typowy przypadek kiły mózgowej u dziecka 2-letniego z porażeniem połowiczem skurczowem.

Baboneix doniósł o 12 takich przypadkach wśród dzieci, ten sam autor donosi o 9 przypadkach zaniku nerwu ocznego u dzieci z kiłą wrodzoną. Przed 2 laty prof. Haushalter z Nancy opisał u dziecka postać typowego zapalenia rogów przednich *(poliomyelitis ant. acuta)* na tle kiłowem. Badania anatomo-patologiczne Cornelji de Lange z Amsterdamu wykazują dowodnie realność zmian kiłowych naczyniowych czy w samych komórkach układu nerwowego ośrodkowego tak w mózgu jak w rdzeniu. Badania te znalazły potwierdzenie w pracach Jarischa, Gangitano, Gasne, Catola.

Przypadek nasz dowodzi, że przy energicznem szukaniu etjologji zapalenia mózgu u dzieci udaje się ją nawet wbrew własnemu przewidywaniu znaleść i tem samem uzupełnić także wnioski lecznicze, co ma wielkie znaczenie praktyczne. W naszym przypadku leczenie specyficzne było aktem logicznym konsekwentnie wypływającym z rozpoznania, nie miało efektownego znaczenia, ale raczej profilaktyczne. W innych może oczywiście mieć efekt wybitnie doraźnie leczniczy. Przypadek poucza nie po raz pierwszy, że brak stygmatów kiłowych i ujemny odczyn Wassermanna krwi nie wykluczają kiły wrodzonej, że nie należy nigdy zaniedbywać badania serologicznego płynu mózgowego i badania dna oka nie tylko w kierunku zastoiny, ale także w kierunku charakterystycznej dla kiły wrodzonej pigmentacji siatkówki.

Wprowadzone przez Hutinela do kliniki dziecka pojęcie obudzenia kiły utajonej pod wpływem przypadkowego bodźca zakaźnego przypomina ideę Pospischilla aktywacji kokluszu ukrytego pod wpływem urazu zakaźnego, jakim u dziecka najczęściej jest odra, lub grypa. Niema wątpliwości, że w tym względzie nasuwa się mimowoli uderzające podobieństwo kokluszu do kiły. Dziecko, które raz przebyło koklusz i nosi w płucach jakieś małe i niewinne ognisko anatomo-kliniczne nieuchwytne — przedstawia pewien specjalny teren kokluszowy, na którym posiana odra, czy inne zakażenie, odegrać może rolę iskier ciśniętych na „beczkę prochu".

Jest to porównanie, dostępne dla pedjatry, który, obserwując krytycznie obraz t. zw. powikłań płucnych poodrowych u dziecka, umiał zauważyć oczywisty fakt bliskiej korelacji kokluszu i odry.

Budzenie się kiły okolicznościowe u dziecka przypomina również t. zw. nawroty w gośćcu, chorobie przewlekłej, trwałej, którą raz obdarzony osobnik nosi lata całe, nierzadko całe życie. Poszczególne nawroty są różne: stawowe, sercowe, opłucne, mięśnio lub nerwobólowe według niektórych autorów mózgowe i kiszkowe. Wiadomo jak często poszczególny nawrót rozwija się pod wpływem niewinnego na pozór pospolitego i nieraz trudno uchwytnego zakażenia pierścienia Waldeyera.

Obydwa opisane przypadki obudzenia się kiły u dziecka pod wpływem żółtaczki zakaźnej stanowią przyczynek do wzbogacenia wiedzy lekarskiej w dziedzinie pedjatrji i rzucają światło na pojęcie t. zw. terenu w klinice dziecka. Pojęcie to odgrywa ważną rolę w klinice gruźlicy, gośćca, kokluszu i w miarę pogłębiania przyczynia się do lepszego zrozumienia niektórych tajemnic z kliniki kiły wrodzonej u dziecka.

Piśmiennictwo.

André-Thomas et Long-Leandry: Paris méd. 1924. Buttenwieser u. Biberfeld: Med. Klin. Jg. 20. 1924. — Economo: Enceph. lethargica subchron. Wien. Arch. f. in. Med. 1 H. 1920. — Fiesinger et Walter: L'Explor. fonction. du foie. Paris 1925. — Gaston et Tissot: Rev. fr. de Dermat. et de Venérol. 1925. — Gelbjerg-Hansen: Zentrblt f. Kindh. Bd. XVIII. 1925. — Gougerot: Paris Méd. 1927. — Gruber G.: Dermat. Wochsch. Bd. 79. 1924. — Heschelcs J.: Pedj. Pol. T. IV. 1924. — Hescheles J.: Pedj. Pol. T. V. 1925. — Hutinel: Arch. de méd. des enfts. 1922. — Hutinel: Le terrain syphil. Paris 1926. — Hutinel et Nadal: Paris Méd. 1919. Iwaszkiewicz: Pedj. Pol. T. V. 1925. — Milian: Paris méd. 17 août 1920. — Millian et Brodier: Paris Méd. 1927. — Mikułowski: Pedj. Pol. T. V. 1925 tenże Rev. Fr. de Ped. T. I. Nr. 5. 1925. — Neuda: Wien Klin. Woch. 1920. Nr. 36. — Nicaud P.: Bull. Soc. méd. des hôp. 1926. — Nicaud P.: Presse Méd. Nr. 16. 1927. — Reinhart: Die epidem. Encephalitis Ergeb. d. in. Med. Berlin. 1922. — Rychliński: Przegl. Piśm. lek. R. XXVI. 1903. — Stern: Die epidem. Encephalitis. Berlin 1922. Wiśniewski J.: Now. Lek. Nr. 3. str. 121. R. 1903.

Dr. Zdzisław TOMANEK, st. asystent kliniki. Lwów.

Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc.

Z II Kliniki Chor. Wewn. Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Profesor Dr. Roman Rencki.

Psyche i ciało stanowią zespół w przyrodzie jedyny w swoim rodzaju. Badania przeprowadzane w tym kierunku przez licznych autorów od przeszło 2000 lat, rozstrząsających owo zagadnienie wzajemnego stosunku tych układów, zdołały tylko w części zobrazować ich ścisłą zależność. Hipotezy filozofów zwłaszcza dawniejszych, szukających rozdwoju w ich niezwykłej harmonji, usiłujące rozdzielić od siebie oba układy przez wskazywanie różnic w pojęciach duchowości a materjalizmu, nie udowodniły ich niezależności. To też jeżeli w medycynie hipoteza powyższa nie została przyjęta, stało się to tem łatwiej, im dalej posunęła się metodyka badań oraz poznanie układu somatycznego.

Lekarz i przyrodnik widzą w tych układach zespół, sprzężony ściśle na podobieństwo niezwykłego pomostu, którym jest system nerwowy, a który spełnia czynności wzajem zależne, czynności się uzupełniające. Zaburzenia w jednym z tych układów udzielają się i odzwierciadlają w drugim i na odwrót. Z duszy, z mistycznego archeusza Helmont'a odczytać można stan ciała, z ciała natomiast stan duszy.

Wprawdzie René Des Cartes nie uniknął pewnej przesady wypowiadając znamienne słowa, że „umysł zależy w tak znacznym stopniu od natury i układu narządów cielesnych, że jeśli istnieje wogóle środek mogący ludzi uczynić mędrszymi niż dotychczas, to należy go szukać w medycynie", to jednak związek obu układów nie ulega dziś żadnej kwestji, a spostrzeganie procesów fizjo i patologicznych potwierdza go w zupełności. Przykłady dające nam obraz tej korrelacji nie dadzą się wyczerpać. I tak np. procesy trawienia, a więc wydzielanie soku żołądkowego zmieniają się zależnie od nastrojów psychicznych i to nawet w tej mierze, że skład jego potrzebny do trawienia pewnych pokarmów ulega ku temu stosownym przesunięciem [1]). Podobnie dzieje się z żółcią, a dalej z wydzieliną trzustki i innych narządów trawiennych a dalej to samo dotyczy ich czynności motorycznych. Ciśnienie krwi oraz ilość uderzeń tętna również zależą od czynników psychicznych, poty także tego pochodzenia być mogą, jakto np. dzieje się w przestrachu, czy też w innych stanach połączonych z emocją psychiczną. Interesujące spostrzeżenia Marxa, nad przesunięciami w jonach soli oraz wody we krwi pod wpływem stosownych bodźców psychicznych, jak np. samego tylko nakazu picia lub nawet odczuwania pragnienia, dopełniają liczby tych przykładów. Pozatem spotyka się niejednokrotnie procesy odwrotne. Zaburzenia w trawieniu oraz choroby przewodu pokarmowego wytwarzają niejako piętno na psychice chorego. Ból fizyczny wytwarza nastrój lękliwy, wywołuje obronny odczyn przezorności, przeobraża wreszcie i uszlachetnia duszę. Narkotyki sprowadzają euforję, bądź wytwarzają różnego rodzaju nastroje. Wysoka gorączka prowadzi do zamroczenia przytomności, majaczenia i t. p. objawów. Infekcja durowa wytwarza psychozy, kiła prowadzi do zmian porażennych mózgu oraz związanych z niemi zaburzeń psychicznych rozmaitego typu. Dusznica bolesna wywołuje u chorego przestrach i nastraja go trwożliwie i przygnębiająco. Dychawica oskrzelowa zmienia psyche chorego w kierunku pewnej rezygnacji, którą zresztą spostrzega się także i w innych chorobach przewlekłych, uporczywie trwających. Infekcja gruźlicza, jako proces również długotrwały także wytwarza zmiany w psychice chorego. Zmiany te jednak zdają się być niezwyczajne, a charakter ich niepozbawiony pewnych cech wyjątkowych. Sądzić jednak nie należy, ażeby one miały dotyczyć wszystkich chorych gruźliczych bezwzględnie. To samo dotyczy także i rodzaju tych zmian psychicznych, które zależnie od poszczególnych osobników oraz stopnia rozwoju gruźlicy i czasu jej trwania kształtują się rozmaicie. Pozatem już sama osobnicza świadomość infekcji gruźliczej zdolna jest wpłynąć na psychikę tych chorych i przeobrazić ją indywidualnie. W tym wypadku spostrzega się stany psychiczne podobne do spotykanych po psychicznym urazie.

Tak, zapoznanie chorego z faktem, że jest on chory na gruźlicę, stanowi bezsprzecznie uraz niezwykle silny. Lecz jak w innych urazach psychicznych, tak i tutaj daje się stwierdzić, że każdy osobnik może nań oddziaływać mocniej lub słabiej, alboteż w sposób całkiem niepodobny, w razach zaś niektórych można zauważyć, że niekiedy ten sam uraz u tego samego osobnika wywiera działanie różne. Studjum psychologji życia codziennego poucza, że wpływ podobnych urazów na psychikę człowieka zależy od szeregu towarzyszących im okoliczności np od pory dnia. Zwłaszcza u psychasteników nieraz się spostrzega, że uraz psychiczny doznany przez nich w samotności, bywa odczuwany głębiej aniżeli ten sam, lecz w otoczeniu rodziny lub bliskich przyjaciół. Podobnie też uraz doznany wieczorem, mocniej bywa odczuwany aniżeli w godzinach pogodnego poranku, który zwyczajnie nastraja psychikę weselej, niż wieczór stanowiący porę refleksyj na temat przeżytych wrażeń.

W czasach ostatnich wytworzył się nowy kierunek zapatrywań na psychikę chorych dotkniętych gruźlicą. Polega on przedewszystkiem na tem, że większości zmian, jakie tutaj zauważyć można, zaprzecza się znaczenia ich swoistości. Przyjmuje się je natomiast jako małostkowe lub nawet niczem się nieróżniące od innych, że tak powiem, cech psychicznych, spostrzeganych w innych chorobach przewlekłych. Kierunek tych zapatrywań zdąża więc pomału do wycofania pojęcia odrębności psychiki gruźliczej. Wynika on jednak niewątpliwie z tego, że istota oraz przyczyny wspomnianych zaburzeń nie są dziś jeszcze dostatecznie poznane.

Teorja toksycznego wpływu prątka gruźliczego na układ nerwowy, mająca prowadzić do jego zmian natury czynnościowej, z objawami niejako psychoneurozy poddaną została krytyce, może nazbyt ostrej. Nie wytrzymuje jej natomiast zapatrywanie, że osobnicy gruźliczy z objawami euforji, czynią wrażenie chorych pozostających pod działaniem narkozy, której przyczyna miałaby polegać na nadmiernej produkcji CO_2 w uszkodzonych pęcherzykach płucnych. Według zwolenników tej teorji nadmiar CO_2 byłby proporcjonalny do zmniejszania się oddechowej powierzchni płuc i mógłby prowadzić do objawów odurzenia tym gazem. Byłoby może wystarczającem owe tłumaczenie dla stanów euforji spotykanej „in ultimis", nie da się jednak utrzymać dla tych przypadków, w których zmiany anatomiczne w płucach są choćby minimalne, podczas gdy euforję pomimo to stwierdzić można.

Odmienne i oryginalne stanowisko zajął Stern w swojej teorji. Według niego należy uważać większość odbiegnięć w psychice gruźliczych za wynik odczynu psychicznego na fakt przeżywania samej sprawy gruźliczej jako choroby, na jej sposób leczenia oraz otoczenie zewnętrzne. W zapatrywaniach tych dużo kryje się prawdy, lecz jest w nich wiele także tylko przypuszczeń. Jeżeli bowiem chodziłoby tutaj tylko o sam fakt przeżywania sprawy chorobowej, której nieuleczalności jest chory świadom, to w takim razie należałoby oczekiwać tych samych następstw w przesunięciach psychiki także w przebiegu innych chorób przewlekłych, o podobnem rokowaniu i zejściu co gruźlica, których jest tak wiele. Jak jednak odmiennie wyglądają typy psychiczne osobników dotkniętych także schorzeniami narządów oddechowych lecz pochodzenia niegruźliczego, jak to np. spostrzega się w rozedmie płuc, dychawicy, lub też tylko w pojedyńczych nieżytach i t. p. sprawach chorobowych, bez współudziału prątka. Jeżeli chodzi o świadomość niedalekiej śmierci, to typy psychiczne rozmaitych chorób zdają się razem łączyć, przedstawiając typ zbliżony do wspólnego, za wyjątkiem psychiki osobników gruźliczych, której składowe zdają się przebywać drogi niezwyczajne, wytwarzając nastroje oraz uczucia w jakości swej wielofazowe, zmienne.

Co się tyczy metod leczenia stosowanych wogóle w gruźlicy, ze stanowiska ich sugestywnego oddziaływania na chorych, nie różnią się one również tak bardzo od leczenia np. nowotworów. I tu i tam zaleca się leczenie zachowawcze, i tu i tam szuka się wskazań do zabiegów chirurgicznych w obu razach leczy się przewlekle, przy zachowaniu nie wiele się różniącem, chyba za wyjątkiem tylko co do czasu. Pozostawałby zatem tylko trzeci punkt najważniejszy, mogący mieć wpływ na psychikę chorego, a jest nim odczyn psychiczny ducha na działanie stosunku świata zewnętrzenego, otaczającego bezpośrednio chorego na gruźlicę.

Zatem postacie wspomnianego odczynu mogłyby występować w zależności od warunków, jakie chorego otaczają. A więc wynikałyby one z nastrojów, jakie powstają ze stosunku rodzaju środowiska do chorego. Kombinacje, jakie tutaj mogą zachodzić są bardzo liczne, dają się streścić natomiast w 4 zasadniczych punktach:

1) Chory świadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób zdrowych.

2) Chory świadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób chorych.

[1]) Heyr, opierając się na znanych doświadczeniach Pawłowa, dotyczących zachowania się sekrecji soków trawiennych pod wpływem bodźców psychicznych u zwierząt, wykazał, że u ludzi spotyka się to samo. Ponadto stwierdził, że w tych rązach nawet ilość soków trawiennych oraz fermentów ściśle odpowiada zapotrzebowaniu.

3) Chory nieświadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób zdrowych.

4) Chory nieświadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób chorych.

Ad 1) W tej kombinacji nabiera psychika chorego pewnego kierunku, cechuje ją pewne znamię. Tutaj spotykany odczyn psychiczny zdaje się być najsilniejszy z pozostałych. Przedewszystkiem świadomość chorego, że jest roznosicielem zarazy prowadzi często do odmiennego odczynu, aniżeli należałoby oczekiwać. I tak spostrzega się niejednokrotnie, że rozmyślnie zaniedbują przepisów higjenicznych, nie zwracając uwagi na plwocinę, ani też na swoje najbliższe otoczenie, chociaż świadomi są tego, że mogą je zakazić. W tym wypadku zainteresowanie chorych ogranicza się wyłącznie do losu ich osoby zapominając o losie nawet najbliższych, jak to się zdarza w rodzinie. W przychodni przeciwgruźliczej słyszy się często skwapliwe zapytania chorych o wynik badania plwociny. Nie czynią jednak tego zwyczajnie w celach altruistycznej profilaktyki, lecz raczej w celach egoistycznych. Czasem zdarzają się tutaj także pewne odmiany, gdzie zaczyna kiełkować ziarno poczucia etycznego. Ten rodzaj psychiki bywa spotykany stosunkowo najczęściej w t. zw. typie obojętnym, o którym później wspomniemy. Brak w nim zainteresowania losami osoby własnej, znajduje niejako ekwiwalent w trosce o losy bliźnich. nawet z poza rodziny, z którymi chory bezpośrednio się styka. I tutaj słyszy się proste i szczere zapytanie, czy nie są niebezpieczni dla rodziny, której los i życie doceniają więcej niż własne, może tem bardziej iż sami chorują.

Z biegiem czasu zachodzą zmiany w usposobieniu oraz w stosunku środowiska osób zdrowych do chorego. Zdarza się nieraz, że rodzina stroni od chorego, czego chory jest świadom. Jest to zarazem początek tragedji jego duszy, która następnie zwolna ulega przeobrażeniu. Z czasem wykształca się w nim duża spostrzegawczość, która mu daje możność przesadnej oceny tego, jak bardzo otoczenie od niego się odsuwa. W jego życiu wytwarza się duchowa próżnia, wykolejają się normalne dążności jego życia. W ślad za tem zmienia się psychika, zmienia się usposobienie oraz nastroje, które znowu pozostają w zależności od danej konstytucji psychicznej, w którą ten uraz godzi. Chory staje się nieufny i zgryźliwy, czyni wyrzuty najbliższym, wytwarza się koncentracja myśli dookoła jego własnej osoby, powstaje egoizm. Jednym z przejawów tej psychiki jest pragnienie rewanżu za doznaną krzywdę, wyrządzoną mu przez prawa przyrody. Osobnik taki niejako się mści, czyniąc to świadomie lub może tylko podświadomie [2]). W jednym ze znanych mi podobnych przypadków, osobnik ciężko chory na gruźlicę płuc, świadom sposobu infekcji gruźliczej starał się koniecznie zarazić nią żonę, czyniąc to z nieuzasadnionem pragnieniem, ażeby jego żona mogła umrzeć wraz z nim, pomimo jej stanowczego sprzeciwu.

Inny przypadek opisuje C r a e n e s, w którym chorzy na gruźlicę zakazili w celach zbrodniczych studnię, zapomocą swojej plwociny. L i e b e wspomina o chorym, który jeść nie mogąc z powodu braku łaknienia, z taką odrazą zachowywał się przy wspólnym stole jadalnym, że zmusił swoich współbiesiadników do opuszczenia jadalni.

Ad 2) Specjalne warunki zachodzą u chorych oddanych do leczenia w zakładach. W takich warunkach doznają oni innych dalszych urazów psychicznych. Uprzednio wytworzona w nich podejrzliwość i nieufność prowadzi do licznych obaw o dalsze ich losy. Wyrazem tego jest niechęć a nawet wstręt tych chorych na widok współtowarzyszy cierpiących na tę samą chorobę, a podstawą tej odrazy bywa zwyczajnie obawa przed dalszą infekcją gruźliczą, którą rozsiewają sami. Życzeniem przeto tych chorych bywa częściej aniżeli gdzieindziej, ażeby umieszczać ich osobno, a gdy to okazuje się niemożliwe, długo rozważają, czy pobyt w zakładzie nie przyniesie im szkody.

Ad 3) i 4) Ta kombinacja teoretycznie mało wchodziłaby w rachubę, gdyż nieświadomość chorego, że jest dla otoczenia niebezpieczny trwa stosunkowo niedługo. Chory bardzo szybko dowiaduje się o tem, gdyż ciekawość jego na temat dotyczącej choroby pochłania całą jego uwagę, co zresztą leży w naturze prawie wszystkich chorych a zwłaszcza w gruźlicy płuc. Praktycznie jednak dzieje się inaczej. Świadomość infekcji gruźliczej wywiązuje się u chorych rzadziej w sposób doraźny. Osobnicy tacy, odczuwający szereg dolegliwości, które ich skierowują do lekarza, pozostają przez dłuższy czas w niepewności co do rodzaju swojej choroby. Właściwe rozpoznanie uchyla się często świadomości chorego, dla którego t. zw. zajęcie szczytów, czy też nieżyt oskrzeli lub gruczołowa gorączka nie są jeszcze równoznaczne ze słowem „gruźlica płuc". A więc najczęściej przypadkowo dowiadują się chorzy o istocie rzeczy. Działanie tak powstałego urazu, który sam, jako taki może być bezsprzecznie silnym, nie następuje niespodziewanie, ulegając osłabieniu przez to, że chorzy w miarę trwania leczenia stają się podejrzliwi, przypuszczając obecność właściwej infekcji.

Inaczej natomiast dzieje się z chorymi, którzy odrazu zostali skierowani do leczenia zakładowego. Umieszczeni w wspólnej sali gruźliczej dowiadują się natychmiast prawdy od współtowarzyszy. Wysokość odczynu, jaki normalnie mógłby się wywiązać w psychice tych chorych pod wpływem uświadomienia, łagodzi szybko nadzieja korzystnych wyników leczniczych, nadzieja, której we większych salach chorych na gruźlicę płuc nigdy nie braknie, a która w krótkim czasie udziela się każdemu wchodzącemu do zakładu, tem bardziej, że leży w ich usposobieniu łatwa podatność na działanie sugestji. Sugestywność chorych w ogólności jest większą, aniżeli u osób zdrowych, zaś w przypadkach gruźlicy zdaje się ona być znaczną. Znaną jest rzeczą np. że chorzy z krwotokiem płucnym, przestają krwawić na widok lekarza, przychodzącego im z pomocą. W klinice zdarzało się często, że lekarz wzywany do takiego krwotoku nie miał sposobności bezpośrednio go spostrzegać, tylko jako post factum, gdy chory w czasie obecności lekarza nie krwawił, natomiast powracał krwotok chętnie zaraz po jego wyjściu ze sali.

Ta sugestywność chorych na gruźlicę zdaje się wynikać z ich ogólnej ustrojowej wrażliwości („labilitas"), o której z przesadą wyraził się D e t t w e i l e r, że „człowiek dotknięty gruźlicą nie umiera na nią lecz na swój charakter".

Wspomniana labilitas wyraża się nadmierną wrażliwością tych chorych, u których zwłaszcza u inteligentniejszych przejawia się ona w ustawicznym popędzie do różnorakich zajęć zwłaszcza umysłowych [3]). Przykładów na to znaleść można wiele. Owa nadwrażliwość w znaczeniu poruszonem może się uwidocznić nadmierną i genjalną twórczością na polu nauki, czy też sztuki. Wypada do nich zaliczyć Chopina, Słowackiego, Schillera, a dalej Grottgera i wielu innych, których twórczość mogła niewątpliwie pozostawać w łączności z gruźliczą sprawą chorobową.

Na oddziele gruźliczym lwowskiej kliniki lekarskiej mieliśmy sposobność spostrzegania kilku, na pozór małostkowych szczegółów, a jednak dających częściowy obraz psychiki gruźliczych, która niekiedy sprawia wrażenie, także czegoś bardzo banalnego. Okazało się mianowicie, że chorzy we wieku 20—30 lat umieszczeni we wspólnej salce chętnie wyszukiwali sobie rozmaite zajęcia, okazując chęć do błahych rozrywek lub też zajmowali się wyklejaniem z papieru drobnych przedmiotów, jak np. domków i t. p. Na oddziele żeńskim również było można coś podobnego zauważyć. Również znamiennym jest także przypadek chorego, z obustronną rozpadową gruźlicą płuc, który po 3 miesięcznym pobycie w klinice wypisany udał się zamiast do domu wprost na przedstawienie, niewątpliwie z chęci wrażeń chociaż mógł to uczynić później, np. po odwiedzeniu rodziny, którą kochał.

Pozatem skutkami tej nadwrażliwości bywają także zmiany nastrojów psychicznych, dotyczących usposobienia. Spotyka się więc w jednych razach zadumę w drugich zaś niepohamowaną wesołość. Zmienne są zatem nastroje w gruźlicy, chociaż nie mogą jej charakteryzować. gdyż także i inne sprawy chorobowe są w stanie wywoływać ten obraz. Podobnie nie mogą znamionować swoiście psychiki gruźlika niektóre typy tutaj spotykane. Jej podział bowiem na typy nie może być czemś niezbitem, czemś przeprowadzonem ściśle, a więc szablonowym przeglądem. *Podział ten jednak zdolny jest naszkicować niektóre rysy wrodzonej konstytucji psychicznej, która pod wpływem infekcji gruźliczej doznała pewnych przeobrażeń i to w tych postaciach, jakie najczęściej się spotyka.* Gdy zatem mówi się o typach, nie można ich uważać za charakterystyczne tylko dla psychiki w gruźlicy, bowiem kryją one w sobie pewne wspólne jądro także i dla innych chorób zmieniających psychikę. Tak więc np. gdy mówimy o euforji w gruźlicy, to przecież tak samo można ją stwierdzić

---

[2]) V e r w a e c k sądzi, że gruźlica wytwarza małą wartościowość duchową. Następstwem jej jest walka o byt, której ci osobnicy nie są zdolni prowadzić w sposób etyczny. To sprowadza ich na drogę występku. Według autora np. 10% więźniów belgijskich pochodzi z rodzin gruźliczych.

[3]) Medycyna dzisiejsza zrozumiała doniosłość tej psychiki gruźliczych, oddając cenne usługi społeczeństwu, zwłaszcza w tych krajach, gdzie gruźlica tak bardzo się szerzy. Wyrazem akcji społecznej w tym zakresie są zakłady, w których umieszcza się chorych na gruźlicę po ukończeniu leczenia sanatoryjnego. Tutaj przebywają oni w stałej, lekarskiej obserwacji oraz oddają się pracy dla nich indywidualnie dobranej, a ogółowi pożytecznej (np. angielskie kolonje Papworth, kolonje kalifornijskie, włoskie kolonje Porta Furba i t. p.).

w niektórych stanach końcowych sepsis, a dalej w chorobie Basedowa lub też u neuropatów w ogólności. Przejawy jej natomiast mogą się między sobą różnić [4]). Nastrój optymistyczny spotykany często w gruźlicy z charakterystycznym dla się odcieniem ironji nie może odpowiadać optymizmowi niektórych typów hypertyreotycznych lub też pewnych typów z otyłością. Można przeto powiedzieć, że w obu razach zachodzą pewne, choć subtelne różnice, dające się wyczuć więcej podświadomie, aniżeli świadomie.

Po tych zastrzeżeniach przejdę do omówienia typów stosunkowo najczęstszych, w znaczeniu poruszonem poprzednio.

Typ obojętnych. Wypada tutaj zaliczyć stany psychiczne, które cechuje bierność. Uświadomienie chorych co do obecności i istoty infekcji gruźliczej nie zmienia zupełnie ich psychiki. Spotkać można go częściej u osobników nieinteligentnych lub u osobników doświadczonych ciężkim losem życiowym. W razach podobnych zachodzi zatem albo brak zrozumienia rzeczy lub też pewien stan trwałej depresji psychicznej. Przypadki tego typu dochodzą do lekarza zwykle z gruźlicą płuc daleko posuniętą. Dzieje się to zwyczajnie z namowy otoczenia chorego, na którego losie im zależy. Prócz tego należą tutaj osobnicy, którzy wprawdzie częściowo zdają sobie sprawę z powagi stanu, to jednak ukrywają go w podświadomości w sposób bezwolny, świadomie nie znając go zupełnie. Odłamem tego typu są stany spotykane u osobników młodszych zwłaszcza w wieku szkolnym obojga płci, jakoteż i u kobiet zarabiających na życie ciężką pracą, lub obarczonych rodziną. W tych razach niejednokrotnie wyłaniają się myśli, że tak powiem zastępcze, starające się przeciwdziałać poprzednim, wynikiem czego jest ich suma dająca odczyn tej obojętności. Ci chorzy widzą niejednokrotnie w tej chorobie sposobność do usunięcia się na miejsce spoczynku, ze środowiska trudnej pracy, bądźto nęcą ich przyjemności zmiany warunków. Planów na przyszłość nie układają, wcale się o nie nie troszcząc.

Typ hipochondryków. Bywa on spotykany najczęściej w początkowych okresach gruźlicy płuc, głównie gruczołowej, a dalej w gruźliczych zapaleniach opłucnej oraz w hypertyreozach tegoż pochodzenia. Ten rodzaj chorych zwykł zapodawać szereg dolegliwości w sposób dość charakterystyczny, zmiennie je opisując i umiejscawiając, przyczem często posuwają się do przesady. Znaczna ich podejrzliwość zniechęca ich samych i lekarzy, których chętnie zmieniają, z myślą odkrycia w sobie choroby, wzgl. jej postępów tego rodzaju, których niema. Zaspokojenia dla swoich wybujałych i fantastycznych domysłów poszukują w książkach i broszurach lekarskich, omijając w czytaniu chętnie działy ze złem rokowaniem, a wyszukując w skrytości rokowanie dla siebie możliwie dobre. Wynikająca stąd niepewność i powstająca nieufność w siebie samych nakłania ich do wizyt lekarskich, gdzie starają się możliwie przecenić ciężkość swego stanu, mając na uwadze fakty, spostrzegane w rodzinie, czy wśród znajomych u których ta sama choroba sprowadziła śmierć. Do tej grupy należą zastępy młodzieży uniwersyteckiej, urzędnicy, a zwłaszcza medycy i lekarze, mniej zaś spotyka się to u ludności wiejskiej, gdzie raczej u kobiet aniżeli u mężczyzn ten typ daje się stwierdzić, a łączą się z nim, może więcej niż z innemi, objawy egoizmu, które u osobników z gruźlicą płuc czem raz bardziej występują, w miarę postępowania procesu chorobowego. Życie tych chorych skupia się czem bardziej naokoło „ja", czego chorzy oczywiście nie odczuwają. Typ ten określany przez neurologów, jako neurastenja zdaje się ściśle łączyć ze zmianami natury gruźliczej, choć jej niejednokrotnie klinicznie stwierdzić się nie da. Odczyn Pirqueta bywa w tych razach bardzo często dodatni.

Typ idealistów. Jest on bezwątpienia rzadszy niż poprzedni, a wyróżnia się tem, że dotyczy postaci gruźlicy wolno postępującej. Horyzont myśli tych chorych niejednokrotnie uderza swoją szerokością. Skłonność do myśli fantastycznych znaczna. Pociągła twarz o wyrazie pełnym szczerości, wprawdzie pogodna, niepozbawiona jednak zadumy, podkrążone i wyraziste oczy, pewna powolność w ruchach uzupełniają wyraz tej psychiki. Ten typ uważa się często za ofiarę losu, w którym siła wyższa zsyła nań cierpienie, jako rzecz nieuniknioną, lub też jako karę za popełnione winy. To też z tej strony radzi są oczekiwać dalszych swoich kolei z pewną, choć nie dużą ufnością w lepszą przyszłość. Znaczna wrażliwość, zwątpienie i ufność na przemian, przeplatane odcieniem ironji stwarzają niejako falisty charakter tego typu czyniącego wrażenie szlachetnienia duszy. Objaw tęsknoty za domem bywa tutaj często spostrzegany. Wspomniany typ odpowiada osobnikom cichym i spokojnym, ale pracowitym i bywa spotykany najczęściej u ludzi inteligentnych i wykształconych, a więc u poetów, literatów, u pracujących naukowo i t. p. zdolnych do pracy twórczej, która u nich pomimo choroby nie ustaje. Przeciwnie nawet zdarza się, że talent ich nawet się potęguje w miarę jej trwania.

Typ euforyczny. Należy w nim odróżnić pojedyńczy optymizm, nawet znacznejszego stopnia, od stanów prawdziwej euforji. Optymistów spotyka się zwykle wśród tych postaci gruźlicy, które przebiegają bez gorączki lub tylko z niedużym stanem podgorączkowym. Inaczej natomiast dzieje się z euforją, która właściwie pojawia się później, mianowicie zwyczajnie w okresach końcowych. Oba typy przyjmują wiadomość o grożącem im niebezpieczeństwie bez lęku. Przeciwnie nieraz daje się zauważyć, jakoby radzi z tego byli, że lekarz postawił należyte rozpoznanie, gdyż spodziewają się doskonałych wyników leczniczych tem bardziej, że ich dolegliwości są nieduże, lub też brak ich zupełnie. Ten rodzaj psychiki wspomaga ich odważne zawsze tylko dla siebie korzystne plany na przyszłość, przyczem chorzy snują te myśli z taką łatwością, jak gdyby wszystkie hamujące drogi psychiczne ustąpiły, torując drogę ich urojeniom. Szaleni optymiści widzą w nich siłę i moc, która przytłumia niemoc cielesną, tworząc z nich istoty pełne życia, zdolne pozornie do dużych czynów. Rażący bezład w normalnej harmonji ciała i duszy jest piętnem tego typu. Charakteryzując go ogólnie można powiedzieć że jego psychika, będąca wyrazem wzmożonego napięcia układu nerwowego, usiłuje wypełnić braki, spowodowane upadkiem ciała fizycznego, stanowiąc niejako ekwiwalent jego ujemności. Objawia się on także i we wzmożonym popędzie płciowym, gdyż zdaje się on pozostawać w pewnym niestosunku do stanu przedmiotowego chorych w ich różnych okresach chorobowych.

Typ histeryków. Gruźlica u osobników histerycznych wytwarza psychikę, cechującą się kolosalną zmiennością usposobienia i wrażliwością, jakiej nie spotyka się tak często w przypadkach pojedyńczej histerji niepowikłanej gruźlicą. Obraz tej psychiki natomiast wiele przypomina stany hypertoniczne. Świadomość istotnego stanu choroby wyraża w nich nie dającą się pohamować trwogę połączoną z wybuchem gwałtownego płaczu. Spostrzega się to u płci obojga, nieporównanie jednak częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn. Znaczny niepokój ruchowy wytwarza obraz przesadnego tragizmu przechodzącego łatwo we fazę niepowstrzymanej euforji. W tych razach niekiedy odnosi się wrażenie jakgdyby ten typ oraz euforyczny razem się łączyły, przynajmniej zaś jeden po drugim naprzemian występowały, przeważając w tym lub tamtym kierunku. Objawy te spotykamy w średnio ciężkich oraz bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy płuc. Wzmożenie popędu płciowego również tutaj zdaje się zachodzić, idąc zresztą w parze ze znacznie podniesioną pobudliwością ogólną.

Wspomniana pobudliwość zdaje się wytwarzać jeszcze jeden rys znamienny dla gruźliczych histeryków. Polega on na tem, że chorzy ci mimo wszystko radziby być zdrowi, co znowu odróżnia ich od zwykłych histeryków, którzy boją się wyleczyć, ażeby nie utracić przez to zainteresowania drugich osobą własną. Spostrzeżenie to dotyczy psychiki tych osobników, których mieliśmy sposobność obserwować w stanach cięższych. W lżejszych stanach natomiast nie można było stwierdzić dostrzegalnych różnic w psychice tych chorych a histeryków niegruźliczych [5]).

Typy mieszane. Należy tutaj uwzględnić łatwość przechodzenia jednych typów w drugie, oraz ich kombinacje. Zależy to w znacznej mierze od stopnia rozwoju gruźlicy oraz czasu trwania

---

[4]) Tak samo, jak spostrzega się pewne różnice w rodzajach euforji w poszczególnych stanach chorobowych, kierując się jej objawami, podobnie także w gruźlicy zdaje się ona przybierać rozmaite formy. W ten sposób np. optymizm można uważać za poddział względnie pewien typ euforji. Laignel-Lavastine rozróżniają 4 grupy euforji gruźliczej:
1) Avec excitation de l'hypomanie
2) Avec amnesie de fixation du syndrome de Korsakoff
3) febrile onirique
4) morfinique.
Clinique et laboratoire Nr. 3, p. 41, 1922).

[5]) Stern wspomina o chorej, której życzeniem było dłużej jeszcze pozostawać w leczeniu sanatoryjnem, a którą z powodu dobrego stanu postanowiono wypisać. Tego samego dnia pojawiło się u chorej krwioplucie. Podobne spostrzeżenie mieliśmy sposobność uczynić przed kilku laty w klinicznej przychodni. Chorej ambulatoryjnej, której odmówiono przyjęcia z powodu spóźnionej pory, musiano przyjść z pomocą z powodu nagle powstałego krwioplucia. Również znamiennym, choć mało prawdopodobnym jest przypadek Sterna z obserwacji sanatoryjnej: Pewna chora zakochała się w chorym, lecz bez wzajemności. Spostrzegła niebawem, że chory odwiedza inną, również leczoną w sanatorjum z powodu pleuritis. Po kilku dniach stwierdzono u pierwszej chorej obecność wyraźnego tarcia opłucnowego, które ustąpiło z chwilą, gdy chory ponownie zaczął ją odwiedzać.

procesu chorobowego względnie jego postępów. W ten sposób np. typy „obojętnych“ mogą z czasem przechodzić w typy „hypochondrycznych“, „histerycznych“ lub „euforycznych“ albo nawet odwrotnie choć rzadziej. Wiek i płeć dużą odgrywa tu rolę, a także ważnym jest stosunek środowiska do chorego, z którym tenże się styka. W tych razach mogą się wytwarzać nowe kombinacje, stanowiące jakby poddziały omówionych typów psychicznych. Szereg z nich nie stanowi grupy oddzielnej. Jeżeli bowiem u chorego stwierdzimy objawy np. agrawacji, to trudną jest rzeczą zaliczyć ją do typu specjalnego, gdyż może ona łatwo wystąpić w każdym typie a zwłaszcza np. histerycznym. Grupa typów mieszanych zawiera więc kombinację poprzednich oraz wynikłe z nich poddziały.

Zebrane typy mieszczą w sobie pewne cechy psychiczne, które dość często w nich się powtarzają. Śledzenie tych cech pozwala na odtworzenie znamiennego zespołu niektórych przejawów psychiki spotykanej u chorych gruźliczych. Należą tu takie objawy jak drażliwość, pobudliwość, sugestywność, egoizm, optymizm i t. p. Na tem tle rozwijają się konsekwentnie dalsze kombinacje psychiczne, a całość ich wytwarza pewien charakter przeciętny.

Wspomniane rysy charakterystyczne nadają pewien kierunek tej psychice, wytwarzając dalsze pochodne. W ten sposób zwiększona drażliwość lub pobudliwość może wywoływać skłonności do nadmiaru czynów dobrych lub złych, może zatem wytwarzać charakter, którego cechą będzie etyka lub brak jej, w przypadkach innych sumienność lub niedbałość, a dalej gniewliwość lub łagodność i szereg t. p. cech. Z kolei rzeczy prowadzą one niewątpliwie do następowych zaburzeń somatycznych, które zresztą również są zdolne do wpływania na psychikę. Procesy powyższe przebiegają zatem jakoby w kole zamkniętem, w którem rolę łącznika odgrywa układ nerwowy.

Jest jednak kwestją otwartą, który z tych wpływów przeważa w ukształtowaniu psychiki, pomimo tego że wpływy somatyczne są pierwotne. Jeżeli przyjąć działanie toksyczne prątka, to mogłoby ono równie dobrze oddziaływać na psychikę przez zmiany wywołane uszkodzeniem układu nerwowego centralnego lub też na drodze okrężnej, przez uprzednie zmiany zwłaszcza w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, których wpływ na psychikę nie da się zaprzeczyć [6]). Tem bardziej należy je uwzględnić, że zaburzenia z ich strony w przebiegu gruźlicy płuc często się spotyka. Należą tu zaburzenia ze strony gruczołu tarczykowego, a dalej zaburzenia w miesiączkowaniu u kobiet, lub też nagle powstające okresy tycia w gruźlicy z przyczyn często niejasnych; hipotonja oraz wzmożenie pobudliwości płciowej również tutaj należą. Co się tyczy tego objawu to wprawdzie w czasach ostatnich czem raz częściej się zaprzecza występowaniu zaburzeń płciowych u gruźliczych, to jednak dzieje się to niewątpliwie niesłusznie. Zwolennicy tych zapatrywań zaprzeczający ten objaw w gruźlicy, nie przyjmują tak samo i innych cech tutaj spotykanych, a które pragną uważać już to za stan istniejący przed infekcją, lub też za stan wynikły ze specjalnego trybu życia tych chorych, których długotrwała bezczynność oraz długi pobyt w zakładach, przy dodatniem odżywianiu do tego mogłyby usposabiać. Jeden ze zwolenników tych poglądów, B o c h a l l i sądzi, że popęd płciowy tych chorych nie jest wcale większy, od popędu osobników normalnych żyjących w tych samych warunkach. Pogląd ten jednak jest o tyle niesłuszny, że porównywa popęd płciowy chorych z popędem zdrowych, oraz nie uwzględnia znaczenia rasy, na którą znowu wpływ mają znaczny gruczoły wkrewne ulegające w gruźlicy prawie stale pewnym zaburzeniom i nie tłumaczy faktów, gdzie nieraz nawet w cięższych postaciach gruźlicy popęd ten bywa utrzymany.

Niewątpliwa obecność objawów wskazujących na zaburzenia w układzie wkrewnym pod wpływem infekcji gruźliczej wskazuje na dużą donicsłość tego mechanizmu w tem pośredniem oddziaływaniu na psychikę oraz czyni tem mniej prawdopodobnem przypuszczenie bezpośrednio toksycznego oddziaływania prątka na centra psychiczne. Że zaś zmiany w układzie wkrewnym przeobrażają psychikę, trudno jest nie przyjąć. Wyraz twarzy bywa wyrazem duszy, a jak bardzo jej wyraz zależy od gruczołów wkrewnych pouczają o tem odnośne typowe ich zmiany. Należą tu surowe i impulsywne rysy twarzy w chorobie Basedowa, przerywane często wyrazem lęku lub nadmiernej odwagi, pokorne i melancholijne rysy w niedomodze nadnerczy a dalej dobroduszność twarzy w niedomodze jajników lub też łagodna surowość w akromegalji i t. p. stany. To też ich szereg można spostrzegać w gruźlicy, gdzie w miarę trwania procesu chorobowego wytwarzają się pewne odchylenia w psychice, które dadzą się odnieść do tła wkrewnego.

Zmiany zachodzące w psychice chorych na gruźlicę płuc zdają się wpływać na przebieg gruźlicy. Ich korrelacja następowo się wywiązująca, która rozmaicie się kształtuje stwarza stany, które są zdolne niekiedy wpłynąć korzystnie na przebieg gruźlicy. Być może, że takie stany jak np. euforja należy tutaj zaliczyć. Wspomnieliśmy wyżej o łatwej sugestywności chorych na gruźlicę. Euforja zjawiająca się w tych razach, zdaje się występować wybitniej aniżeli przy braku tej sugestywności. W podobnych wypadkach chorzy nie tylko, że myślą w sposób specjalnie odrębny, lecz nawet przeżywają tę euforję dzięki sugestywności.

Wpływy tego rodzaju zdolne są prowadzić do pewnych zmian somatycznych. Badania W e b e r a przeprowadzone na podstawie pomiarów onkometrycznych wykazały, że sam zamiar wykonywania pracy mięśniowej zdolny jest wywołać przesunięcie ukrwienia do mięśnia u osobnika pracującego nim tylko w myśli. Klasyczne doświadczenia P a w ł o w a nad wydzielaniem się soków trawiennych przy zamierzonem karmieniu zwierząt, stanowią potwierdzenie faktów, jak dalece procesy psychiczne wpływają na czynności ustroju.

Z życia codziennego wiemy, że sceny tragiczne w przedstawieniu wywołują u widzów odruch przyspieszonych oddechów oraz napięcie nietylko myśli lecz i mięśni. W tych razach u niektórych twarz blednie gwałtownie, u innych zaś ulega przekrwieniu. Ten rodzaj zjawiska określamy nazwą odczynu psychofizycznego. W gruźlicy płuc spotykamy go często. Spostrzeżenia codzienne pouczają, że u niektórych chorych na gruźlicę podwyższa się ciepłota ciała nieraz bez wyraźniejszej przyczyny, skoro chorzy przypatrują się np. ćwiczeniom gimnastycznym. Te podwyżki ciepłoty pochodzenia niewątpliwie niehisterycznego, zdają się pozostawać w związku z łatwością przeżywania zjawisk środowiska, w którem ci chorzy się znajdują, a które mogłyby na drodze tego odczynu psychologicznego prowadzić do zmian w ukrwieniu płuc i powodować następowo gorączkę. Zjawisko powyższe odbywa się tutaj przy płucu jakby ustalonem, gdyż nie wykonuje ono wtedy na zewnątrz widocznej pracy, a powstające przekrwienie jest następstwem zadziałania bodźca psychicznego. Jest rzeczą możliwą, że w tych razach mogłaby zachodzić pewnego rodzaju autotuberkulinizacja wpływająca korzystnie na proces chorobowy. Być może, że euforja w gruźlicy również zdolną jest prowadzić do podobnych odczynów, tem bardziej gdyż wiemy, że te stany wywierają także wpływy na układ naczynio-nerwowy.

Istota tych licznych czynników obronnych jakiemi rozporządza ustrój nie jest ostatecznie wyświetloną. Bakterjologja uczy o przeciwciałach, określając je rozmaitemi nazwami, zależnie od rodzaju czynności, które one spełniają. Rozróżnia więc aglutyniny, precypityny, antytoksyny, bakterjolizyny, bakterjotropiny, bakterjofagi i szereg t. p. zjawisk. Pozatem wypada tutaj zaliczyć funkcje gruczołów wkrewnych, których hormony wywierają wpływy na infekcje, osłabiając bądź aktywując procesy chorobowe przez nie wywołane. Zwłaszcza tarczyca odgrywa tu znaczną rolę. W kile i w gruźlicy uderza jej duży współudział [7]). Np. w kile niedomoga tarczycy zaostrza jej przebieg i skraca okres wylęgania (P e a r c e i V a n A l l e n).

Narządowi krążenia również przypisuje się zdolności obronne. Niektórzy starają się widzieć pewien związek pomiędzy przerostem serca, wadami zastawkowemi serca a gruźlicą płuc i t. p. Także i naczyniom obwodowym bywa przyznawane pewne znaczenie w tym względzie.

Stan euforji psychicznej wywołałby zatem odczyn psychofizyczny, który dla przebiegu gruźlicy płuc nie byłby pozbawiony znaczenia, tem bardziej, że w razach tych toczy się proces chorobowy przewlekły, u osobników z psychiką nadwrażliwą. Euforja zatem mogłaby być odczynem obronnym, który wytwarza się w ustroju, samoistnie pod wpływem infekcji. Czynnik ten, wprawdzie jest stosunkowo słaby i nie we wszystkich postaciach gruźlicy stały, to jednak niewątpliwie spełnia jakieś zadanie. Zdolny jest on także na drodze działania sugestywnego udzielać się przebiegowi samego procesu chorobowego. Zachodziłby tutaj zatem pewien rodzaj autosugestji, wyzwalającej się samoistnie na drodze praw przyrody. Innym cechom psychicznym np. takim, jak zwiększona wrażliwość również możnaby przypisać znaczenie podobne. Pozatem powodują one u chorych zwiększoną ostrożność,

---

[6]) M u r a l t spostrzegał w gruźlicy objawy przyspieszania się rozwoju oraz przedwczesnej dojrzałości. Wprawdzie S c h ü l l e r i C a s p a r o spotykali w swoich przypadkach stosunki przeciwne a mianowicie infantilismus zarówno cielesny jak psychiczny, to jednak w obu razach należałoby myśleć o wpływie infekcyjno-toksycznym prątka na układ wkrewny, od którego wspomniane zaburzenia niewątpliwe zależą.

[7]) Z. T o m a n e k: Tarczyca a czynniki zewnętrzne. Pol. Gaz. Lek. Nr. 23, 24, 1928.

w następstwie czego uchylają się oni od nadmiaru bodźców dla nich szkodliwych. Dzieje się to na drodze odruchu, który zresztą posiada każdy osobnik, a który zowiemy instynktem samozachowawczym.

Są jednak cechy, którym w ten sposób należałoby przypisać działanie raczej ujemne. Należą tu stany zaliczone do typów hipochondrycznych, histerycznych lub idealistycznych. W tym ostatnim zwłaszcza wypadku zdają się zachodzić takie zmiany psychiczne, że wspomagają wyczerpywanie się sił zapasowych ustroju, zmagającego się z infekcją. Jeżeli w tym typie spotyka się osobników pilnych i do przesady pracowitych, to wypada powiedzieć, że ten charakter przekracza możliwość wydatności ustrojowej, tem samem go niszcząc i pogrążając. W tym wypadku możnaby mówić o negatywnym rodzaju odruchu psychiki chorego, gdyż działa on na jego szkodę bezsprzecznie.

Wytwarza się niejako błędne koło, w którym proces chorobowy toczy się wytrwale naprzód. Tak samo więc np. altruistyczny nastrój psychiki będzie gorszym dla chorego, aniżeli daleko tutaj częstszy objaw egoizmu, który niewątpliwie dla chorego staje się korzystny.

Psychika zatem oraz jej przejawy mogą w pewnej mierze decydować o losie chorych na gruźlicę płuc. W rozważaniach tych nasuwa się pytanie, czy psychika chorych gruźliczych jest rzeczywiście czemś odrębnem od innych, czyli inaczej, czy można mówić o psychice gruźliczej jako postaci charakterystycznej, czy też tylko o psychice chorych na gruźlicę płuc?

Wspomnieliśmy wyżej o próbie podziału jej na pewne typy w gruźlicy. Jeżeli je zestawić i porównać, można powiedzieć, że spotyka się je także i w innych stanach chorobowych o przebiegu przewlekłym. W gruźlicy jednak są one stosunkowo najczęstsze, a jako takie zwracają na się specjalną uwagę tem bardziej, że powtarzają się, jak w szablonie .W ścisłem pojęciu nie mogą one być typami wskazując raczej tylko kierunek, w którym pewien rodzaj konstytucji psychicznej uległ przeobrażeniom pod wpływem infekcji gruźliczej oraz jej przebiegu z uwzględnieniem środowiska i jego stosunku do chorego.

W tych zmianach psychiki byłyby zatem czynne bodźce dające się streścić do dwóch składowych. Są niemi infekcja gruźlicza oraz stosunek środowiska do chorego.

Analiza tych bodźców jest ważną, uzupełnia ona bowiem wysiłki naszych zabiegów leczniczych, które również i w kierunku psychiki dadzą się stosować, tem bardziej, że stanowią one znaczenie czynnika podporowego, a w razach niektórych nawet jako bodziec do mobilizacji czynników obronnych, które ustrój pod ich wpływem wyzwala.

Jest rzeczą obojętną, jakie w tych razach mogłyby zachodzić procesy, czy autotuberkulinizacji, czy też tylko sugestji, bądź też przewaga któregokolwiek z nich. W obu wypadkach bowiem uwzględniają one leczenie źródeł, z których psychika doznaje przeobrażeń, czyniąc ją zdolną do panowania nad przebiegiem infekcji gruźliczej.

Kończę słowami Cornetta: „Zły psycholog nie może być nigdy dobrym lekarzem - ftizjologiem".

Piśmiennictwo.

1) Bochalli: Beitr. z. kl. d. Tbc. T. 67, Z. 1—3, S. 9—21, 1927. — 2) Czeischer: Ibidem S. 408—413. — 3) Crofton G.: Milit. Surgeon. 54, Nr. 6, 1925. — 4) Kurt Schlapper: Beitr. z. kl. d. Tbc. T. 66, Z. 3, S. 274—283, 1927. — 5) Stern: Deut. Med. Woch.

Dr. med. Aleksandra STĘPOWSKA. Kraków.

Rhinolalia aperta.

Z poradni dla zaburzeń mowy przy Klinice Neurolog. Psychjatr. U. J. w Krakowie. (Dyrektor Kliniki Prof. Dr. Jan Piltz).

Rhinolalia aperta, czyli nosowanie otwarte zaliczamy do grupy zaburzeń mowy, które obejmujemy wspólną nazwą dyslalji. Przez dyslalję zaś czyli bełkotanie, rozumiemy brak lub wadliwe wymawianie poszczególnych dźwięków, opuszczanie tychże, lub zastępowanie jednych dźwięków innemi.

W przypadkach *rhinolalia aperta* wysuwają się na czoło *dwa cechujące objawy:*

a) nosowy podźwięk,

b) zatarta artykulacja.

Aby zrozumieć mechanizm powstawania *rhinolalia aperta,* musimy uprzytomnieć sobie, w jakich warunkach powstaje fizjologicznie prawidłowa artykulacja. Z chwilą, gdy zaczynamy mówić, prawidłowy tor oddechowy ulega zasadniczej zmianie mianowicie wdechy stają się krótkotrwałe i powierzchowne, natomiast wydech przybiera zarówno co do czasu trwania jak i nasilenia przyczem powietrze wydechowe mające dla artykulacji znaczenie zostaje skierowane w całości do jamy ustnej, a oddechanie przez jamę nosową ustaje.

Jama ustna zostaje przytem w zupełności odgraniczona od jamy nosowej, a dzieje się to dzięki temu, że z chwilą, gdy zaczynamy mówić, podniebienie miękkie podnosi się ku górze i ku tyłowi, tak, że od tylnej ściany gardła jest oddalone o 5mm.

Równocześnie na tylnej ścianie gardła powstaje skurcz górnego odcinka *m. constrictor pharyngis,* a więc *mm. pteryngopharyngei,* tworząc wał mięsny, noszący nazwę wału Passavanta. Wał ten razem z napinającem się podniebieniem miękkiem, odgraniczają jamę nosową od jamy ustnej. Jedynemi dźwiękami, przy których odgraniczenie jamy ustnej od jamy nosowej zostaje przerwane, są m, n, ą, ę, którym towarzyszy rezonancja ze strony nosa.

Poza tem prawidłowa artykulacja uwarunkowana jest uszczelnieniem jamy ustnej, co w następstwie prowadzi do tego, że całe powietrze wydechowe zostaje skierowane do jamy ustnej.

To powietrze wydechowe, przechodząc przez krtań, wprowadza struny głosowe w drganie i daje zasadniczy ton drgający „a".

Artykulacja nie jest niczem innem, jak zmianą tego dźwięku „a", powstałego podczas drgania strun głosowych na dźwięki artykułowane w jamie ustnej. Ta zmiana odbywa się dzięki temu, że mięśnie artykulacyjne, a więc języka, podniebienia miękkiego i warg ustosunkowują się w ten sposób, iż tworzą dla fal drgającego powietrza zwężenia lub zamknięcia środowiska, przez które głos przechodzi. W pierwszym przypadku dźwięk „a" zamieni się na dźwięki trące, względnie syczące np. f, w, s, z, i t. d., w drugim natomiast przypadku na dźwięki wybuchowe np. b, p, k, g i t. d.

Dźwięki trące f, w, powstają np. w ten sposób, że siekacze szczęki górnej zbliżamy do wargi dolnej i w ten sposób wytwarzamy szczelinę, poprzez którą powietrze, idące z krtani, musi się przedostać do otaczającej atmosfery. W tej szczelinie następuje zamiana dźwięku fonacyjnego „a" na dźwięk trący „w", względnie „f".

Natomiast dźwięki wybuchowe „p", „b" powstają dzięki temu, że przez zamknięcie warg stwarzamy dla dźwięku „a" zaporę, którą powietrze drgające musi przerwać aby się dostać do otaczającej atmosfery. Prawidłowa artykulacja zależy nie tylko od pracy mięśni artykulacyjnych, ale i od ilości powietrza w jamie ustnej w czasie artykulacji: wiemy dobrze, że butelka płynu, wysyconego gazem, przy otwieraniu wydaje bardzo silny odgłos, butelka oliwy, w której powietrza jest mało, otwiera się bezgłośnie.

Brak zatem powietrza w jamie ustnej w czasie fonacji musi prowadzić do zatartej artykulacji.

Ten brak powietrza powstaje w *rhinolalia aperta* dzięki temu, że odgraniczenie jamy ustnej od jamy nosowej jest niezupełne, wskutek czego powietrze fonacyjne ucieka do nosa, wywołując tu rezonancję, która jest przyczyną nosowego zabarwienia mowy.

Streszczając to wszystko musimy powiedzieć, że nieprawidłowe połączenie między jamą ustną a nosową prowadzi do zaburzenia mowy, zwanego nosowaniem otwartem — *rhinolalia aperta,* a cechującem się z jednej strony zatarciem artykulacji, z drugiej nosowem zabarwieniem głosu.

Przyczyny powstawania rhinolalia aperta mogą być:

1) organiczne,

2) czynnościowe.

Ad 1). Przyczyny organiczne do powstawania *rhinolalia aperta* mogą być bądź to wrodzone, bądź też nabyte. Wrodzone polegają na ubytkach podniebienia i występować mogą na całej przestrzeni podniebienia twardego i miękkiego jako tak zwane rozszczepienie zupełne *uranoschisma totale.* Łączą one się po największej części z tak zwaną wargą zajęczą, to jest rozszczepieniem wargi górnej. Ubytki częściowe występować mogą w odcinku przednim podniebienia jako tak zwane *uranocoloboma anterius* lub też w odcinku tylnym — *uranocoloboma posticum.* Tego rodzaju ubytki bywają niejednokrotnie wypełnione luźną tkanką łączną w miejsce beleczkowania kostnego i pokryte prawidłową błoną śluzową, tak, że jeśli w toku badania ograniczymy się tylko do oglądnięcia jamy ustnej, to z łatwością stan ten przeoczymy.

Długość twardego podniebienia odpowiada w tych stanach zazwyczaj wiekowi dziecka, natomiast podniebienie miękkie jest skrócone tak, że podczas fonacji podniebienie miękkie nie styka się z tylną ścianą gardła, co stanowi podstawę do wytworzenia się nosowania otwartego. Badając dzieci, obarczone już to zupełnem, już to częściowem rozszczepieniem podniebienia, zauważymy niejednokrotnie, że na tylnej ścianie gardła nie wytwarza się wał

Passavanta, co tem więcej przyczynia się do nieprawidłowego połączenia między jamą ustną a nosową.

Prócz wrodzonych ubytków podniebienia zaliczyć musimy do tej grupy ubytki powstałe wskutek spraw chorobowych, a więc w pierwszym rzędzie kiły i nowotworów.

Do grupy organicznych przyczyn *rhinolalia aperta* zaliczamy dalej porażenia podniebienia miękkiego, będące następstwem najczęściej błonicy, przebytej w wieku dziecięcym, rzadziej natomiast występujące po grypie lub anginie. W tym ostatnim przypadku niedowłady mają charakter przejściowy i wyjątkowo tylko u dzieci neuropatycznych mogą pozostawać przez czas dłuższy.

Ad 2). Czynnościowy niedowład mięśni podniebienia miękkiego spotykamy niejednokrotnie u dzieci neuropatycznych. Występuje on bądź to samorzutnie, bądź też jako pozostałość po wyleczonym organicznym niedowładzie, np. po przebytej błonicy. Nosowanie otwarte w związku z czynnościowym niedowładem podniebienia miękkiego spotykamy także u dzieci po wycięciu migdałków, przyczem utrzymuje się ono uporczywie nieraz przez dłuższy okres czasu.

Tego rodzaju niedowłady, zarówno organiczne jak i czynnościowe, wywołują nosowanie otwarte, tem cięższe, im wcześniejszy jest wiek dziecka, w którym ono powstaje. Albowiem są one przyczyną tego, że prawidłowe mechanizmy artykulacyjne wogóle nie mogą się wytworzyć, a o samodzielnej naprawie ze strony dziecka, które prawidłowej artykulacji jeszcze nie poznało, nie może być mowy.

W celu ustalenia rozpoznania *rhinolalia aperta,* posługujemy się następującemi sposobami:

1) Sposób lusterkowy. Jeżeli zbliżymy do jamy nosowej w czasie mówienia lusterko u osobnika, dotkniętego nosowaniem otwartem, wówczas dostrzegamy na lusterku zamglenie, pochodzące od pary wodnej, zawartej w powietrzu, wydostającem się przez nos.

W warunkach fizjologicznych wskutek uszczelnienia jamy ustnej w czasie mówienia, oddechanie nosem ustaje, a lusterko pozostaje czyste.

2) Sposób osłuchowy. Zakładamy gruszkę Politzerowską do nosa i łączymy ją przy pomocy gumowego cewnika z usznikiem. Każemy badanemu wypowiedzieć jakieś zdanie i wysłuchujemy rezonancję z jamy nosowej.

3) Sposób graficzny. Gruszkę Politzerowską, podobnie jak w poprzednim sposobie zakładamy do nosa,natomiast gumowy cewnik łączymy z przyrządem piszącym Marcy'a.

Zmiany ciśnienia powietrza w jamie nosowej dadzą na kymografionie krzywą falistą, w przeciwieństwie do warunków fizjologicznych. W warunkach bowiem fizjologicznych z chwilą, gdy badany zaczyna mówić, ciśnienie powietrza w jamie nosowej utrzymuje się na jednej wysokości, a na kymografionie otrzymumujemy linję prostą.

Leczenie w przypadkach rhinolalia aperta zależy od przyczyny wywołującej to cierpienie. Ubytki w podniebieniu mogą być wyrównane bądź to w drodze operacyjnej, bądź też przez założenie odpowiedniego tłumika.

Nowo wytworzone podniebienie spełnia swoją czynność jedynie wtedy, jeśli w czasie fonacji dosięga tylnej ściany gardła.

Zbyt wielką odległość podniebienia od tylnej ściany gardła możemy według E c k s t e i n a wyrównać zapomocą wstrzyknięcia parafiny do mięśni tylnej ściany gardła i to na tej wysokości, do której podniebienie jest w stanie się podnieść.

Wstrzyknięciem stwarzamy niejako sztuczny wal Passavanta. Przy wstrzyknięciu posługujemy się zakrzywioną igłą B r ü n i n g a, używając parafinę, o punkcie topliwości 42°. Wskazanie do tego zabiegu istnieje tylko w tym wypadku, jeśli mająca być wyrównaną odległość nie przekracza 0,75 cm; większe odległości w ten sposób wyrównane być nie mogą.

W przypadkach niedowładu miękkiego stosujemy masaż i elekryzację.

Zarówno leczenie operacyjne przez zrobienie odpowiedniej plastyki jak i leczenie elektryzacją i masażem w przypadku porażenia, musi być uzupełnione ćwiczeniami, mającemi na celu przywrócenie prawidłowej artykulacji.

Chcąc się przekonać, czy powietrze nie przechodzi już do jamy nosowej, możemy posługiwać się metodą osłuchową, o której wyżej była mowa lub też kymografionem.

Poniżej zamieszczam historję choroby 17-to letniego chłopca, skierowanego do Poradni dla zaburzeń mowy przy tut. Klinice z powodu nie wyraźnej mowy.

D . M. lat 17, syn robotnika.

Wywiady rodzinne badanego przedstawiają się w sposób następujący:

Ojciec zdrowy, alkoholu nie używał. Matka zdrowa, rodziła 3 razy. Nie roniła.

Chorób nerwowych, umysłowych, ani zaburzeń mowy w rodzinie nie było.

Wywiady osobnicze:

Chory przechodził w 12 roku życia błonicę. Od tego czasu nie może mówić wyraźnie. Obecnie od 2-ch lat nastąpiło pogorszenie. Po błonicy przez 3 miesiące pokarmy, zwłaszcza płyny, przechodziły przez nos. W tym czasie zaczął się ślinić. Przez pół roku po błonicy miewał bóle i utrudnienie przy połykaniu. Mowa się zmieniła, stała się zatarta, niewyraźna i nosowa, tak, że musiał wystąpić ze szkoły, gdyż w szkole nie rozumiano, co mówi. Sen dobry. Łaknienie dobre. Stolec prawidłowy.

Przedmiotowo:

Źrenice równe, oddziaływanie na światło i akomodację prawidłowe. Ruchy gałek ocznych może nieco zwolnione. Lewy fałd nosowo - wargowy silniejszy od prawego. Przy otwieraniu ust lewy kąt ust posunięty na stronę lewą.

Język drży, nie zbacza. Słuch obustronnie obniżony, zwłaszcza po stronie lewej (słyszy zegarek tylko przy uchu). Podniebienie miękkie opuszczone ku dołowi, napina się słabo przy fonacji, zwłaszcza po stronie lewej. Wał Passavanta nie tworzy się.

Ruchy czynne i bierne kończyn górnych nie przedstawiają wybitniejszych odchyleń.

Odruchy ścięgniste i okostnowe żywe, równe. Ruchy czynne i bierne kończyn dolnych bez zmian. Odruchy kolanowe żywe, równe. Odruchy Achillesa żywe, równe. Odruchów podeszwowych brak. Odruchów patologicznych brak. Zaburzeń czucia brak.

Mowa: cicha, bezbarwna, o utrudnionej artykulacji, z poddźwiękiem nosowym.

Mamy tu do czynienia z cierpieniem, które wystąpiło po przebytej błonicy w 12-tym roku życia, z osłabieniem prawego nerwu twarzowego, upośledzeniem słuchu po stronie lewej, niedowładem podniebienia miękkiego, oraz mową nosową, o zatartej artykulacji.

Badanie dodatkowe Kliniki Oto - Laryngologicznej U. J. nie wykazało wybitniejszych zaburzeń.

R o z p o z n a n i e: *Polyneuritis post dyphteriam. Rhinolalia aperta.*

Badanie na kymografionie w danym wypadku przedstawia się w sposób następujący:



Serja A. Klisza Nr. 1.

Górna krzywa pochodzi od osobnika zdrowego, dolna od naszego chorego.

Na górnej krzywej widzimy fale oddechowe, które przechodzą w miejscu oznaczonem przez × w linję prostą. W tem miejscu badany wypowiada zdanie: „Kraków jest pięknem miastem". Z chwilą gdy badany zaczyna mówić oddechanie jamą nosową ustaje i w miejscu krzywych oddechowych otrzymujemy linję prostą.

Na dolnej krzywej w miejscu oznaczonem chory wypowiada to samo zdanie, co poprzednio badany. Zamiast linji prostej otrzymujemy linję poszarpaną, pochodzącą od powietrza przedostającego się do jamy nosowej podczas mówienia z powodu *rhinolalia aperta.*

Co się tyczy leczenia, to u naszego chorego pod wpływem elektryzacji i masażu podniebienia nastąpiła nieznaczna poprawa, jednakowoż wał Passavanta nie wytworzył się.

Pacjent został skierowany do Kliniki Chirurgicznej U. J. celem przeprowadzenia plastyki parafinowej do tylnej ściany gardła. W dwa tygodnie po zabiegu zgłosił się do tutejszej Poradni. Stwierdzono wówczas znaczną poprawę.

Widzimy zatem, że przyczyny dla *rhinolalia aperta* musimy szukać w zaburzonym mechanizmie, służącym do uszczelnienia jamy ustnej w czasie mówienia.

Wszelkie operowanie w jamie nosowej, wycinanie muszli nosowych, podcinanie *frenulum linguae pozostaje* bez wpływu na *rhinolalia aperta.*

Ostatnie prace, dotyczące leczenia *Rhinolalia aperta*, podjęte zostały przez prof. Fröschelsa i Dra Schalita w Wiedniu. Opierają się one na spostrzeżeniach, że ilekroć przewody nosowe w przypadku *Rhinolalia aperta* zostają zwężone przez polipy, silne obrzmienie błony śluzowej lub t. p. wówczas *Rhinolalia aperta* znika.

Na podstawie powyższego doświadczenia Fröschels i Schalit skonstruowali protezę, składającą się z dwóch części — mianowicie płyty podniebiennej oraz ściśle z nią związanego odcinka, zamykającego od tyłu oba przewody nosowe. W ten sposób *Rhinolalia aperta* zostaje przeprowadzona w *Rhinolalia clausa*. Aby temu zapobiec — a z drugiej strony umożliwić oddechanie jamą nosową, w odcinku tym wywiercony jest otwór stożkowaty, zwrócony szczytem do przodu, podstawą zaś do *cavum pharyngonasale*. (Zeitschrift für Stomatologie Jahrgang XXVI. Heft 9. 1928).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Izydor REIN, sekundarjusz. Lwów.

Allonal „Roche".

Z Odziału chorób nerwowych i umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. (Prym. Dr. Domaszewicz).

Allonal, wytwarzany przez firmę F. Hoffman - La Roche i Ska, S. A. jest połączeniem kwasu allylo - izopropylo - barbiturowego i dwumetyloaminoantipiryny.

Te dwie części składowe Allonalu:

1) nadają mu dwojakiego rodzaju działanie farmakodynamiczne: kojące ból, które zawdzięcza dwumetyloaminoantipirynowej części składowej i nasenne, wywołane pochodną kwasu barbiturowego;

2) w działaniu swem nietylko wzajemnie się uzupełniają, lecz wzajemnie się wzmacniają.

Tego dowiodły doświadczenia, czynione pierwotnie na żabach, a następnie w klinikach. Doświadczeń na żabach dokonał Herman Gayer w Instytucie farmakologicznym Uniwersytetu Monachijskiego (Archiv. für exp. Patholog. und Pharmak. Bd. 121. Nr. 5/6. S. 259, 1928). Według Goltza i Schradera doświadczenie to wykonuje się w ten sposób, że umieszcza się żabę na tarczy obrotowej, która kręci się dokoła pionowej osi. Tarcza wykonuje 8—10-ciu obrotów na minutę. Żaba zwraca wówczas głowę w kierunku przeciwnym obrotowi. Gdy się tarcza zatrzymuje, wówczas zwraca głowę w kierunku przeciwnym, a wreszcie powraca do ustawienia normalnego.

Chcąc wypróbować działanie jadu nasennego wprowadza się do piersiowego worka limfatycznego pewną ilość danego środka. Jako dawkę skuteczną uważa się tę najmniejszą ilość jadu, która znosi odruch obrotowy żaby. Przy pomocy tej metody, szczególnie ściśle oznaczenie uzyskuje się, stosując pochodne kwasu barbiturowego. Wartości, które uzyskano tem doświadczeniem przedstawiają się następująco:

Kwas allylo-izopropylo-barbiturowy (część składowa Allonalu)	— 15,3
Chlorowodorek morfiny	— 18,0
Kwas dwuallylo-barbiturowy	— 18,6
Luminal	— 48,0
Weronal	— 85,8
Wodzian chloralu	— 60,0
Antypiryna	— 300,0
Pyramidon	— 400,0

Liczby oznaczają mgr na kilogram wagi żaby.

Jak z powyższych liczb wynika kwas allylo - izopropylo - barbiturowy (część składowa Allonalu) jest najbardziej czynny nasennie nietylko z pośród pochodnych kwasu barbiturowego, ale nawet pomiędzy wszystkiemi badanemi środkami nasennemi. Przewyższa go tylko działaniem papaweryna; natomiast działa 5,6 razy silniej aniżeli weronal.

Tą samą metodą oznaczał Gayer działanie środków przeciwgorączkowych, które posiadają również na ogół własności narkotyczne.

Tą metodą stwierdzono też spotęgowanie narkotycznego działania połączenia kwasu allylo - izopropylo - barbiturowego z dwumetyloaminoantipiryną; nie potęguje się natomiast narkotyczne działanie w kombinacji kwasu dwuallylobarbiturowego z kodeiną. Przy badaniu działania obu części składowych Allonalu z osobna, a następnie ich połączenia, okazało się, że spotęgowanie działania jest najsilniejsze, gdy z obu środków weźmie się $^1/_4$ ich dawki skutecznej.

Opierając się na tych doświadczeniach, i w przypuszczeniu, że względnie małe dawki wywoływać muszą w tych warunkach działanie pożądane, próbowałem stosowanie Allonalu na naszym oddziale. Podawaliśmy go w rozmaitych przypadkach; chorzy chętnie go zażywają, ponieważ nie razi on przykrym smakiem, i ponieważ łatwo go połykać można, ze względu na to, że znajduje się on w obiegu pod postacią małych pastylek. Stosowaliśmy Allonal przy schorzeniach organicznych i funkcjonalnych; w jednym i drugim przypadku otrzymywaliśmy dobre wyniki. Doskonałe usługi oddaje on przy stanach lękowych, niepokoju i parestezjach funkcjonalnych. Przy stanach lękowych zastępuje doskonale opium; chorzy się uspokajają i doznają ulgi, przyczem nie grozi nałogowe przyzwyczajanie się, jak to bywa po zażywaniu przetworów opiumowych. W nerwicach przy uczuciu wyczerpania psychicznego, w neurastenji działa Allonal uspokajająco; ustępuje męcząca bezsenność. Przy neurastenji jednak, jak każdy środek po pewnym czasie przestaje działać i musi być zmieniony na inny.

Z szeregu chorych, u których zastosowaliśmy Allonal, przytoczę kilka przypadków.

Chora M. W. lat 34, depresja reaktywna ciężkiego stopnia. Chora od szeregu tygodni nie sypia, miewa ciągłe stany lękowe, uczucie ciężkości w kończynach i gniecenie w okolicy jajników. Po dotychczasowych środkach nasennych zasypiała późno, sen był mało wydatny, budziła się z niepokojem, bólem głowy, uczuciem niepewności i lekkiego zamroczenia, także wzbraniała się przyjmować jakichkolwiek środków nasennych. Zastosowaliśmy Allonal „Roche" w ilości 4 tabletek dziennie. Jedna tabletka rano, druga w południe, a dwie przed spaniem. Chora uspokoiła się, stany lękowe zmniejszyły się. Uczucie ucisku w okolicy jajników zupełnie ustąpiło. Wieczorem po zażyciu dwóch pastylek chora zasypiała snem spokojnym, głębokim. Rano po przebudzeniu była rzeźka; nie czuła się zmęczoną, ani senną.

Chora M. Z. Od dłuższego czasu cierpi na bóle głowy o charakterze migrenowym. Po zażyciu jednej pastylki Allonalu ból ustępuje. Uczucie znużenia i wyczerpania, które zwykle łączyło się razem z bólami głowy, również po zażyciu Allonalu znikło.

Chory Z. K. Po przebyciu tyfusu cierpi na objawy neurasteniczne, uczucie znużenia, bóle głowy, bezsenność. Po zażywaniu środków nasennych budzi się rano z uczuciem znużenia i zawrotów głowy; przygnębienie stawało się jeszcze silniejsze. Po dwóch pastylkach Allonalu, zażywanych przed spaniem, sypia spokojnie i głęboko, rano budzi się bez uczucia zmęczenia i senności.

Stosowaliśmy również Allonal w wielu wypadkach cierpień organicznych, jako środek przeciwbólowy. U chorej M. B. cierpiącej na tabes dorsalis podawaliśmy Allonal z powodu neuralgicznych bólów nerwów międzyżebrowych. Po dwóch pastylkach Allonalu bóle zmniejszały się, a nawet ustępowały na dłuższy czas.

Stale stosujemy Allonal chorym po nakłuciu lędźwiowem, a szczególnie po odmie czaszkowej. Allonal w ilości 1—2 pastylek zmniejsza nietylko bóle głowy, sprowadza kojący sen, ale działa uspokajająco i zapobiega często dręczącym wymiotom, tak że obecnie stale po odmie podajemy chorym Allonal, by uniknąć wymiotów.

We wszystkich przypadkach, gdzie stosowaliśmy Allonal, nie stwierdziliśmy żadnych objawów, które mogłyby być podstawą przeciwwskazania tego środka. W jednym wypadku, gdy stosowaliśmy 5 pastylek Allonalu w ciągu jednego dnia z powodu silnego podniecenia lękowego, wystąpiło znużenie i lekki zawrót głowy. Pozatem chorzy znosili Allonal doskonale. Nie stwierdziliśmy nigdy ujemnego wpływu na oddech i krążenie, ani nie widzieliśmy różnic w zachowaniu się ciśnienia krwi. Zupełnie nie działa szkodliwie na nerki. W moczu przy przewlekłem podawaniu nie zauważyliśmy ani razu obecności białka lub innych patologicznych składników. Nie zmniejsza apetytu, ani nie działa zwalniająco na perystaltykę jelit. Nie widzieliśmy też ani razu jakichkolwiek zaburzeń, wywołanych nagłem zaprzestaniem podawania Allonalu.

Jak z dotychczasowych naszych badań wynika Allonal „Roche" zdobył sobie stałe miejsce w szeregu środków przez nas stosowanych. Możemy go stosować jako środek przeciwbólowy, uspokajający i nasenny w wielu wypadkach prawie pewni niezawodności jego działania. Nie jest wprawdzie środkiem t. zw. heroicznym i nie może zastąpić bezwzględnie przetworów opiumowych, lecz posiada tę zaletę, że możemy podawać go bez szkody a z dobrym wynikiem w tych wypadkach, w których chcielibyśmy uniknąć przetworów makowca, aby nie narazić chorych na możliwość nałogowego doń przyzwyczajania się.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Dr. W. PISEK. Lwów.

Ku pamięci Behringa

Jakkolwiek wynalazca surowicy przeciwbłoniczej zmarł w roku 1917 wznawiają Niemcy z okazji zbliżającej się rocznicy 75-tniej urodzin genjalnego lekarza pamięć o jego czynach.

Jeżeli Anglicy stawiali pomniki Jenner'owi, Francuzi Pasteurowi — to nie mniejszą wdzięczność żywi ludzkość dla Behringa, który setkom tysięcy młodych istot uratował życie a rodzicom przywracał szczęście.

Oto garść wspomnień. Jako syn biednego nauczyciela — jeden z 11-oro rodzeństwa — urodzony w Hansdorf (obok Deutsch-Eylau, w Prusiech zach.) w r. 1854 dzięki zasiłkom o które starali się jego nauczyciele mógł, ukończywszy gimnazjalne studja, wstąpić do wojskowego instytutu lekarskiego w Berlinie, w którym jako 26-letni uzyskał doktorat. Już podczas służby wojskowo-lekarskiej ogłasza prace o działaniu bakterjobójczem niektórych chemicznych przetworów opierając się na całkiem nowych poglądach (1882). Wśród ciężkich warunków pracuje niezmordowanie dalej, ogłasza opuściwszy służbę wojskową — epokowe odkrycia z zakresu seroterapji (1890) wypowiadając zasadę, że: surowica zwierząt, które przebyły pewną chorobę — posiada własność uleczenia zwierząt innych, chorych na tąż samą chorobę. Gdy w roku następnym przedsięwziął doświadczenia na dzieciach chorych na błonicę na klinice Bergmana (i Heubnera) w Berlinie, stanęła sprawa swoistego leczenia surowicą Behringa na niewzruszonych podstawach *).

Mimo licznych walk naukowych, w których brał udział cały świat lekarski, zataczała seroterapja błonicy coraz szersze kręgi. surowicę Behringa stosowano na obu półkulach ziemi. Na ten okres czasu przypada także odkrycie surowicy przeciwtężcowej dokonane przy współudziale słynnego japońskiego badacza Kitasato.

W roku 1890 paryska akademja lekarska nagradza Behringa darami: 50.000 i 25.000 franków — a rząd francuski mianował go oficerem legji honorowej, Królewski zaś Instytut Royal-Institut of Public Health w Londynie, mianował go członkiem honorowym — zaczem peszły liczne nadawania honorowych odznaczeń: włoskich, amerykańskich, austrjackich, rosyjskich, tureckich, rumuńskich, szwedzkich, belgijskich, greckich i t. p. Jednym z piewszych laureatów Nobla został Behring w r. 1901 — jako ówczesny najznakomitszy lekarz i dobroczyńca ludzkości.

Nieustannie pracując dalej — doskonaląc i uzupełniając swoje odkrycie — ogłasza w r. 1913 ochronne szczepienia przeciw błonicy, w r. 1914 stwarza światowej sławy zakłady „Behringwerke" do wyrobu surowic i szczepionek. Umiera 31 marca 1917 w 63-cim roku życia swego.

Dorobek naukowy Behringa jest olbrzymi. Najważniejsze prace obejmują rzecz o błonicy, z tych: Die Geschichte der Diphterie, mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. 1893, Thieme, Leipzig, — Diphterie, Begriffsbestimmung, Zustandekommen, Erkennung und Verhütung, — Berlin 1901, Hirschwald. — 30 Jahre Diphterieforschung — ges. Abh. — Liczne prace zajmują się tężcem, ostatnią zawierającą całokształt o tężcu wydaje w r. 1915: Aetiologie, Prognose und Therapie des Tatanus (ges. Abh. Neue Folge Seite 3). Szereg gruntownych prac poświęca gruźlicy. Walkę z chorobami zakaźnemi przedstawia w pracach: Bekämpfung der Infektionskrankheiten — Leipzig — Thieme 1899 i w dziele: Die allgemeine Therapie der Infektionskrankheiten, również w doskonałem dziele z roku 1912: Einführug und die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten — Berlin — Hirschwald.

Pamięć Behringa jako dobroczyńcy ludzkości, którą obdarzył genialnym wynalazkiem surowicy przeciwbłoniczej — dzieło żmudnych dociekań i ofiarnej pracy — nie zaginie, a stan lekarski całego świata uważać go będzie po wsze wieki jako jednego z najlepszych i najświetniejszych swych przedstawicieli.

OCENY.

Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917 — 1921, wydany staraniem Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa 1928, str. 578.

Gdy „Przegląd piśmiennictwa" opuścił prasę, ukazała się zaraz o nim w Pol. Gaz. Lek. (Nr. 47) krótka notatka prof. Nowickiego, wyrażająca radość, że nareszcie wyszedł tak długo oczekiwany tom „Przeglądu". Wszyscy tę radość wtedy podzielali i wszyscy godziliśmy się na słowa uznania i zachęty, wyrażone przez prof. Nowickiego. Ale minęła już pierwsza radość. Zaczęliśmy posługiwać się „Przeglądem piśmiennictwa", jako jedyną naszą za te lata polską bibljografją lekarską. I tu zaczęły stopniowo wyłazić luki i braki „Przeglądu", naprzód małe, a potem coraz większe, aż wreszcie wszystkie zarzuty urosły do rozmiarów „krytyki".

Nasamprzód wpadło mi w oczy nazwisko zasłużonego krakowskiego antropologa prof. Talko-Hryncewicza, którego nazwisko przekręcono (dwukrotnie) na Talko-Hrycewicz.

Według „Przeglądu" autor ten w latach 1917—1921 nic nie drukował, pokazywał tylko w Krak. Tow. Lek. w r. 1921 starą trepanowaną czaszkę. Tymczasem w rzeczywistości płodny ten pisarz i uczony ogłosił w latach 1917—1921 mniej więcej 40—50 prac. Dlaczego redakcja „Przeglądu piśmiennictwa" ich nie zebrała?

Drugim z kolei autorem, którego zacząłem szukać w „Przeglądzie" był prof. Alfred Sokołowski, którego prace zdawałoby się można było bez trudności a nawet należało w Warsz. Tow. Lekarskiem zebrać. I tu także spotkał mnie zawód, nie znalazłem np. ani wzmianki o „Propedeutyce lekarskiej (1920 str. 270) tego autora. Nie znalazłem też ani wzmianki o mojej pracy „Dzieje organizacji medycznej w rosyjskim samorządzie ziemskim, czyli t. zw. medycyny ziemskiej" (Warszawa 1919 str. 95). Gdym dalej zauważył niezliczoną ilość błędów w skorowidzach, doszedłem do przekonania, że należy przeprowadzić systematyczną kontrolę wydawnictwa i wyniki jej ogłosić.

Na moją prośbę zrobiono pewne zestawienia, których wyniki są następujące:

Przedewszystkiem kontrola zadała sobie pytanie czy w „Przeglądzie piśmiennictwa" zebrano wszystkie prace, które w tych latach zostały drukiem ogłoszone. W tym celu sprawdzono 3 roczniki (na chybił trafił) rozmaitych czasopism lekarskich. Okazały się olbrzymie braki. Tak z Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego r. 1920 pominięto następujące prace:

1) Woyciechowska Aniela: Drugi przypadek włośnicy (trichinosis) stwierdzony w Małopolsce. Nr. 2, str. 19—20.

2) Rothfeld Jakób: Przyczynek do kazuistyki guzów w tylnej jamie czaszkowej. Nr. 4, str. 38—40 i Nr. 5, str. 45—46.

3) Kuhn Adolf: Stan walki z epidemjami na obszarze byłej Galicji. Nr. 4, str. 41—42 i Nr. 5, str. 48—49.

4) Browicz Tadeusz: Stan włóknisty przedsionka lewego w toku t. zw. wad serca i jego znaczenie. Nr. 6, str. 53—54.

5) Fuchs-Reichowa Franciszka: Meningitis serosa. Nr. 6, str. 54—56.

6) Machek Emanuel: Dr. Franciszek Toczyński. (Wspomnienie pośmiertne). Nr. 6, str. 59.

7) Schramm Hilary: Profesor Ludwik Rydygier. (Wspomnienie pośmiertne). Nr. 7 ,str. 61—62).

8) Warchoł Leon: Przyczynek do znajomości torbieli sieciowych i krezkowych. Nr. 7, str. 62—68).

9) Brenner Abraham: Pochorobowe objawy przy durze osutkowym. Nr. 8,str. 75.

10) Franke Marjan: Ostre zapalenie nerek jako powikłanie duru powrotnego. Nr. 9, str. 81—82 i Nr. 10, str. 95—97.

11) Schilling-Siengalewicz Sergjusz: „Kranioscis". Przyrząd do otwierania czaszki na sekcji. Nr. 9, str. 83—84.

12) Brenner Abraham: O swoistem działaniu leczniczem olejów wysychających przy czerwonce. Nr. 10, str. 97.

13) Wiczyński Tadeusz: Wydzielanie mleka i wprowadzanie podskórne wyciągów z narządów. Nr. 12, str. 113—116.

14) Gabryszewski Tadeusz: Statystyka chorób zakaźnych w Zakopanem. Nr. 12, str. 117—118.

Z Gazety lekarskiej r. 1918 pominięto:

1) Loth Edward: Dr. Wacław Kosmowski. (Nekrolog). Nr. 8, str. 63—64.

2) Więckowski Stanisław: Dr. Jan Dłutek. (Nekrolog). Nr. 8, str. 64.

3) Serkowski Stanisław: Zakażenia meningokokowe. Nr. 10, str. 75—77.

4) Jaworski Józef: Medycyna i higjena w Ziemi Chełmskiej i na Podlasiu. Kartka z przeszłości. Nr. 12, str. 92—96.

5) Koelichen Jan: O drogach chłonnych układu nerwowego ośrodkowego. Nr. 27, str. 209—214 i Nr. 28, str. 219—221.

6) Zieliński Edward: Zastrzykiwanie roztworu Trunećka w stwardnieniu tętnic. Nr. 28, str. 217—219.

7) Daszkiewicz Korybut Bohdan: Rzut oka na djetetykę nowoczesną w zapaleniu nerek. Uwagi krytyczne. Nr. 31, str. 241—244.

---

*) Wiekopomna praca pojawiła się w roku 1890 w Nr. 49 i Nr. 50 w Deutsche med. Wochenschrift.

8) Pańczyszyn Marjan: Podłoże anatomiczne t. zw. rysunku wnękowego płuc w obrazie rentgenologicznym. Nr. 32, str. 249 — 253 + 1 tabl.

9) Higier Henryk: W sprawie etjologji i patogenezy stwardnienia wieloogniskowego. Nr. 38, str. 305 — 307.

10) Jaworski Józef: Motywy do projektu ustawy o Izbach Lekarskich w Państwie Polskiem. Nr. 51, str. 430 — 434.

Z „Lekarza wojskowego" r. 1920 pominięto:

1) Sawicki Bronisław: Dwa rzadkie przypadki guzów złośliwych tarczycy. Nr. 1, str. 13 — 22.

2) Radliński Zygmunt: Przyczynek do chirurgji jamy czaszkowej. Nr. 2, str. 1 — 6.

3) Waserman Herman: W sprawie doszczętnego leczenia przewlekłego ropienia jamy Highmor'a metodą Luc - Denker'a. Nr. 3, str. 10 — 12.

4) Ajzner Juljan: O leczeniu świeżych przenikających postrzałowych ran brzucha. Nr. 5, str. 18 — 21.

5) Biehler Wacław: Sprawozdanie z działalności Czołówki chirurgicznej im. Heleny Paderewskiej. Nr. 8, str. 17 — 21.

6) Świątecki Jan: Appendicitis w szpitalu Ujazdowskim w 1906 — 1913 r. Nr. 12, str. 13 — 19.

7) Węgłowski Romuald: O leczeniu złamań kości udowej. Nr. 13, str. 2 — 6.

8) Lewenstern Eugenjusz: W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Nr. 13, str. 11 — 13.

9) Załuska Jan: Bronisław Malewski. (Wspomnienie pozgonne). Nr. 14, str. 1 — 5.

10) Bętkowski Tadeusz: Leczenie ran ropiejących fenolem. Nr. 14, str. 20 — 23.

11) Skórczewski Witold: Wgojenie pocisku w mięśniu sercowym. Nr. 17, str. 16 — 19.

12) Goldflam Samuel: Przyczynek do różnorodności postaci zapalenia mózgu pochodzenia nieropnego. Nr. 18 i 19, str. 1 — 27.

13) Rothfeld Jakób: O nagminnem zapaleniu mózgu. Nr. 18 i 19, str. 34 — 40.

14) Flatau Edward: O panującej u nas epidemji zapalenia mózgu i o trzech jej postaciach letargicznej, dys- i aletargicznej. Nr. 18 i 19, str. 40 — 57.

15) Wachtel Henryk: Operowanie pocisków uwięzgniętych przy pomocy prześwietlania promieniami Roentgena. Nr. 20, str. 3 — 13.

16) Szarecki Bolesław: Kilka uwag praktycznych dla młodszych kolegów chirurgów, pracujących na froncie. Nr. 21, str. 1 — 9.

17) Nelken Jan: Alkohol i przestępstwo w wojsku podczas wojny. Nr. 21, str. 9 — 18.

18) Węgłowski Romuald: Ciała obce w przełyku, a zasady ich usuwania. Nr. 22, str. 1 — 16.

19) Szymanowicz Józef: Przyczynek do wczesnej operacji postrzałów przewodu pokarmowego. Nr. 23, str. 1 — 7.

20) Taliga Czesław: Wady wrodzone położenia jąder, jako powikłania przepukliny skośnej. Nr. 25, str. 17 — 18.

21) Ficki Feliks: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala wojskowego w Ostrowiu Łomż. Nr. 25, str. 16 — 17.

22) Kummant Aleksander: Brak wrodzonego mięśnia piersiowego i jego powstanie. Nr. 30, str. 1 — 12.

23) Danecki Leon: Dwa przypadki pierwotnych złośliwych nowotworów płuc. Nr. 30, str. 12 — 16.

24) Szmurło Leonard: W sprawie operacyjnego leczenia urazów wątroby. Nr. 31, str. 1 — 8.

25) Higier Henryk: Surowica autohaemiczna. Nr. 31, str. 8 — 9.

26) Slęk Franciszek: Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięcia nawykowego stawu barkowego. Nr. 32, str. 1 — 4.

27) Radziwiłłowicz Rafał: Powstawanie wspomnień w przebiegu splątania. Nr. 39 — 42, str. 1 — 5.

28) Węgłowski Romuald: O przeszczepianiu naczyń krwionośnych w rozległych urazach. Nr. 47 — 50, str. 1 — 7.

29) Janusz Wiktor: Przyczynek do leczenia na wojnie kończyn odmrożonych. Nr. 51 — 52, str. 6 — 9.

W powyższem zestawieniu nie brano pod uwagę autoreferatów ani pokazów ogłaszanych w sprawozdaniach towarzystw lekarskich, któreby napewno dostarczyły jeszcze większego materjału luk i przeoczeń.

Dalej sprawdzono polską produkcję wydawniczą książkową. Obliczenie wykazuje, że „Przegląd piśmiennictwa" zanotował prac wydanych osobno za 5 lat ogółem tylko 46. Tymczasem w samym tylko roku 1921 wydano osobno około 100 książek. Oto dla przykładu ważniejsze z bardzo wielu pominiętych książek:

1) Bernhardt Robert: Choroby skóry. Warszawa. 1921, stron 675.

2) Biehler Matylda: Higjena dziecka. Warszawa. 1921, stron 387.

3) Biehler Matylda: Podręcznik higjeny. Warszawa. 1921, stron 464.

4) Biehler Wacław: Pomoc doraźna w nagłych wypadkach. Warszawa. 1921, stron 212.

5) Bochenek Adam: Anatomja człowieka. Wyd. III. T. I i II. Kraków. 1921, stron 528 i 446.

6) Brennejsen Leopold: Technika dentystyczna. Część I. Warszawa. 1921, stron 84.

7) Browicz Tadeusz: Szkice anatomo - patologiczne. Serja I. Warszawa. 1921, stron 116.

8) Danysz Jan: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. Lwów. 1921, stron 106 + 79.

9) Dobrowolski Stanisław: Nauka położnictwa. Warszawa. 1921, stron 427.

10) Handelsman Bronisław: Higjena. Podręcznik dla szkół średnich. Łódź. 1921, stron 181.

11) Koskowski Bronisław: Receptura. Wydanie II. Warszawa. 1921, stron 288.

12) Leszczyński Roman: Zarys farmakologji. Lwów. 1921, stron 209.

13) Łempicki Stanisław: Jan Zamoyski protektor medycyny i medyków. Lwów. 1921, stron 60.

14) Nitsch Roman: Szczepionki i surowice. Warszawa. 1921, stron 959.

15) Offmański Mieczysław: Szkic wykładów higjeny, medycyny sądowej i ratownictwa. Warszawa. 1921, stron 247.

16) Prace z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. Zeszyt nowotworowy. Warszawa. 1921, stron 91.

17) Pamiętnik pierwszego zjazdu psychjatrów polskich. Warszawa. 1921, stron 145.

18) O rozpoznawaniu wczesnem raka. Warszawa. 1921, str. 112.

19) Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich. 1921, stron 128.

20) Składkowski Sławoj: Podręcznik higjeny wojskowej. Warszawa. 1921, stron 71.

21) Sterling Seweryn: Suchoty płuc pospolite. Łódź. 1921, stron 282.

22) Szymonowicz Władysław: Podręcznik histologji. Lwów. 1921, stron 454 i t. d.

Najfatalniej wypadła kontrola obu skorowidzów („alfabetycznego spisu rzeczy" i „spisu alfabetycznego autorów"), zamieszczonych na końcu wydawnictwa. Ze spisu rzeczy wzięto na chybił trafił wyraz „gruźlica" i sprawdzono, że 31 prac o gruźlicy zamieszczonych w „Przeglądzie" nie dostało się do skorowidza: poz. 107, 109, 194, 211, 256, 340, 514, 515, 588, 657, 689, 690, 768, 818, 858, 954, 1002, 1026, 1032, 1034, 1039, 1040, 1110, 1114, 1130, 1141, 1204, 1320, 1450, 1462, 1732.

W spisie autorów nie uwzględniono nazwisk: Rakiewicz Felicjan z pozycji 1457, Lipski E. z poz. 639, 467 i 1001, Smreczyńska z poz. 404, Mehrer z poz. 471, Meisels z poz. 491 i 923, Zylberblast N. z poz. 588, Koleśnicki A. z poz. 876, Rochlin S. z poz. 876, Jasiński W. z poz. 910, Dobrucki S. z poz. 962, Sławiński Z. z poz. 997, Kaczyński H. z poz. 1012 i t. d.

W „Przeglądzie piśmiennictwa" wogóle wszędzie jest niesłychanie dużo błędów. Nazwiska łatwo ulegają przekręceniu, jak Giszczynkiewicz zam. Gieszczykiewicz (poz. 1424), Cetnerowicz zam. Cetnarowicz (poz. 1576). Mączkowski zam. Męczkowski (poz. 1517), nawet Mołdawski zam. Malinowski (poz. 1562) i t. d. i t. d.

Jeżeli w „Przeglądzie" są omówione prace 2-ch autorów tego samego nazwiska lecz różnych imion (np. Bednarskiego A. i Bednarskiego J., Łapińskiego Teodora i ŁapińskiegoW., Puławskiego W. i Puławskiego A. i w. in), to w spisie autorów mamy nieraz tylko jedną osobę (Bednarski J., Łapiński W., Puławski A., i t. d.). Takich i podobnych grubych błędów możnaby wymieniać setki.

Po tej kontroli jakaż może być teraz ocena całego wydanego tomu? Nie wiemy, czy redaktorowie mieli jaki plan, rozpoczynając swą pracę, gdyż o żadnym planie wiadomości nie podają. To pewna jednak, że żadnego planu nie przeprowadzili. Przeciwnie, cechami wydawnictwa są: dorywczość, przypadkowość i niesystematyczność, wszystko w najwyższym stopniu niepożądane w tego rodzaju wydawnictwach. Nie łatwo ktoś teraz weźmie do ręki pracę, która nie weszła do „Przeglądu". Piśmiennictwo lekarskie, obejmujące za 5 lat tylko 1774 pozycje, nie wygląda wcale imponująco. Mam wrażenie, że możnaby dodać do tego jeszcze $1^1/_2$ tysiąca pozycyj. Prawda, że redaktorowie zaraz na pierwszej

stronie wydanego tomu proszą autorów o tytuły prac nieomówionych w „Przeglądzie“ wzgl. o odbitki, ale można na to wymienić z łatwością mnóstwo prac, które redaktorowie mają w Warszawie oddawna pod ręką, nawet w bibljotece Tow. Lek. Warsz. a jednak ich nie znaleźli. Pocóż więc jeszcze posyłać? Co jest teraz do zrobienia? Należy mojem zdaniem, jak najrychlej wydać II tom za te same lata i sporządzić dla obu tomów nowe skorowidze, gdyż te co są, są do niczego. Na przyszłość zaś należy ułożyć sobie wprzód pewien plan w pracy redakcyjnej i wydawniczej, gdyż mam wrażenie, że bezplanowość i dorywczość w robocie była także cechą i poprzednich roczników „Przeglądu piśmiennictwa“, w ostatnim tomie tylko przeszła dopiero wszelkie oczekiwania.

Wiadomo też, że w Polsce mamy już 2 roczniki „Polskiej bibljografji lekarskiej“, 1925/6 i 1926/7, wydanej bardzo starannie i dokładnie przez kapitana Stanisława Konopkę. To wydawnictwo jednak nie podaje wcale treści prac, co czyni właśnie „Przegląd piśmiennictwa“. Niema żadnej potrzeby, żeby w polskiej medycynie istniały dwa wydawnictwa o pokrewnych celach. Wystarczy jedno, ale dobre. Dlatego, mojem zdaniem, należy skoordynować i uzgodnić obie inicjatywy.

Władysław Szumowski.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VII, zeszyt 4, z r. 1928: J. Wierzejewski: Nowy sposób leczenia wiotkiej stopy koślawo płaskiej. — St. Nowicki: Czyraki twarzy. — I. Szper: O pęknięciu urazowem pozaotrzewnem pęcherza moczowego. — T. Kaszubski: Leczenie operacyjne wrodzonych zwichnięć rzepki. — M. Cholewicki: Przypadek zwichnięcia w stawie Lisfranka. — J. Jasieński: O leczeniu gruźlicy gruczołów chłonnych. — Nekrolog śp. Aleksandra Zawadzkiego.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 1, za styczeń 1929: E. Mancewicz: Ciekawy przypadek olbrzymiej torbieli zawiązkowej od górnego kła, przemieszczonego ku środkowi podniebienia u 38 letniej kobiety. — K. Szepelski: Praktyczne uwagi o rentgenografji i rentgenodiagnostyce w stomatologji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 7, z 17 lutego 1929: K. Jagiełło: Na przełomie. — Sprawy zawodowe.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, nr. 2, z r. 1928: J. Nelken: Przestępstwa w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem. — J. Szulisławska: O przyczynach szkodliwości chleba ze szczególnem uwzględnieniem szkodliwości wywołanej domieszką życicy odurzającej (Lolium temulentum). — St. Łaguna: Wartość prób mikrokrystalograficznych przy wykazywaniu śladów krwawych. — J. Olbrycht: Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem (dźwignięciem nadmiernego ciężaru) a śmiertelnem zapaleniem płuc (kompresyjnem).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VII, nr. 7, z 14 lutego 1929: St. Justman: O zatruciu arszenikiem. — B. Karbowski: O drogach łączących przestrzeń podpajęczynówkową mózgu z narządem słuchu u zwierząt i u człowieka. — J. Pinczewski: Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (Streszcz. zbior.). — K. Czyżewski: Koramina „Ciba“ w chirurgji.

Gruźlica, rok III, nr. 6, za listopad i grudzień 1928: S. Adamowiczowa: Z badań nad gruźlicą w Białymstoku. — VI Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą. — J. Mirabel: Odma oliwowa (Oleothorax), wskazania do niej, oraz technika.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 1, za styczeń 1929: Rozmaite popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Medycyna, rok III, nr. 5, z 2 lutego 1929: Wł. Mikułowski: Zagadnienie współczesnej diagnostyki. — Zdz. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem (dok.). — M. Garfein: Purkinje a wziernik oczny.

Medycyna praktyczna, rok III, nr. 1, z r. 1929: J. Domaszewicz: Podstawowe zmiany kostne w obrazie rentgenowskim. — J. Brossowa: Kuracje tuczne za pomocą insuliny. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — St. Sroczyński: Innowrocław jako zdrojowisko. — A. Leja: Upławy i ich leczenie.

Wiedza lekarska, rok III, za luty 1929: Z. Gorecki: Nekrolog Ferdynanda Widala. — St. Kopczyński: Uwagi do artykułu dra L. Zamenhofa p. t.: „W sprawie statystyki zboczeń mowy i słuchu w szkołach w Polsce. — H. Sparrow: Seroprofilaktyka chorób zakaźnych. — J. Węgierko: Istota i leczenie żółtaczki (c. d.).

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 4, z 15 lutego 1929: W. Orzechowski: W sprawie objawów osłuchowych w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego. — Z. Maurer: Przypadek dny, leczonej atochinolem „Ciba“. — J. Bajoński: Kilka uwag o rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. — M. Skokowska-Rudolfowa: Uzdrowiska dla chorych gruźliczych. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości (c. d.).

Przemysł chemiczny, rok 1929, nr. 4, za luty 1929: W. Kączkowski i A. Simonberg: Druk barwnikami zasadowemi z emetykiem w jednej farbie. — L. Wasilewski: Problemat glinowy w Polsce. — Ze sprawozdań Polskiej Akademji Umiejętności. — J. Pfanhauser: Kto położył podwaliny pod przemysł naftowy w Polsce?

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 4, z 15 lutego 1929: W. Borowska: 135 przypadków kiły u dzieci. — J. Celarek i T. Epsteinówna: O odmianie B. Ozaenae (B. Abel-Loewenberg) otrzymanej pod wpływem bakterjofaga swoistego. — M. Hryniewiczówna i E. Wasilewska-Mironowiczowa: W sprawie częstości występowania poszczególnych gatunków pasorzytów jelitowych w Warszawie. — A. Nowak i St. Markiewicz: W sprawie widzenia w masce przeciwgazowej typu R. S. C. — Z. Krzyczkowski: Stan dzisiejszy i rozwój lotnictwa sanitarnego w Polsce.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIII Posiedzenie naukowe z dnia 12 października 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1) Kol. Czyżewski omawia przypadek *zwichnięcia zasłonowego biodra,* leczenie przeprowadzono metodą Riedla; b) przypadek *zwichnięcia z pęknięciem brzegu panewki;* c) *wypadnięcie poprzecznicy po urazie* przez przeponę do klatki piersiowej.

W dyskusji kol. Barącz, który był obecny przy odprowadzeniu zwichnięcia i badał chorego przed odprowadzeniem na podstawie swojego badania i Rentgenogramu nie nazwałby tego zwichnięcia zasłonowem *(luxatio obturatoria)* tylko podłonowem *(luxatio infrapubica),* ponieważ główka kości udowej wypuklała się na zewnątrz i dawała się dokładnie wymacać palcami, natomiast przy zwichnięciu zasłonowem byłaby nie macalna i ukryta wgłębi. Zresztą Rentgenogram potwierdza to mniemanie, kolegi B., ponieważ otwór zasłonowy *(foramen obturatorium)* jest widoczny w Rentgenogramie. Sposób Riedla odprowadzania przednich zwichnięć kości udowej uważa kol. Barącz jako bardzo dobry i łatwy.

2) Kol. Lipiński przedstawia *ozdrowieńca po wągliku błony śluzowej, powikłanym posocznicą.* U chorego lat 54, skierowanego na oddział zakaźny z rozpoznaniem róży twarzy, stwierdzono w dniu przyjęcia, przy ciepłocie 40,1° C. tętnie niemiarowem, 140 uderzeniach na minutę, znaczny obrzęk policzka lewego, obejmujący czoło i skórę głowy, a sięgający ku dołowi, poprzez szyję i klatkę piersiową na brzuch, do wysokości trzech palców powyżej spojenia łonowego. Obrzęk twardy, deskowaty, nie sprawiał choremu dolegliwości. Przy oglądaniu jamy ustnej, z której wydostawała się treść surowiczo-krwawa, posokowata, znaleziono na znacznie rozpulchnionej błonie śluzowej policzka lewego kilka pęcherzyków, pokrytych krwawym strupkiem, obok strzępów martwiczych błony śluzowej. Podejrzenie kliniczne w kierunku wąglika ustaliło badanie bakterjologiczne. Już w preparacie mikroskopowym z treści pęcherzyka stwierdzono prątki postaciowo podobne do laseczników wąglikowych. Dodatni wynik hodowli, obok dodatniego wyniku doświadczenia na myszce, ustaliły rozpoznanie wąglika błony śluzowej. Równocześnie pobrano krew u chorego na posiew. Z krwi chorego wyhodowano laseczniki wąglikowe, ustalając w ten sposób powikłanie posocznicą wąglika.

Jako epidemjologicznie rzecz ciekawą, należy podkreślić, że chory, według zapodania własnego, miał spożyć mięso krowy cho-

rej, dobitej, w kilka dni później zauważył u siebie obrzęk lewej połowy twarzy, który szybko ulegał rozszerzeniu. Równocześnie z nim przywieziono na oddział zakaźny rzeźnika, który dobijał chorą krowę i matkę rzeźnika, która pomagała synowi przy pracy. U obojga stwierdzono zakażenie wąglikiem skórnym. Przy ciężkim stanie chorego przystąpiono natychmiast do leczenia neosalvarsanem. Novarsenobenzol stosowano pięciokrotnie dożylnie w łącznej dawce 2,7 g. Już po pierwszej dawce wystąpiła wyraźna poprawa. Obrzęk i zmiany zapalne na błonie śluzowej cofały się szybko. Posiew krwi, wykonany po trzeciem podaniu novarsenobenzolu, okazał się jałowy. Chory szybko wracał do zdrowia i po upływie 4-ch tygodni opuścił oddział zupełnie wyleczony.

Nawiązując do przedstawionego przypadku Lipiński podkreśla, że w ciągu ostatnich trzech lat leczył na oddziale zakaźnym 33 przypadków wąglika skórnego, w tem 5 powikłanych posocznicą. Pominąwszy trzy przypadki wąglika jelitowego, które, przywiezione w agonji, zmarły do 24 godzin, wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Wobec 33% śmiertelności przy wągliku skórnym w największej statystyce Jacobsohna w Nowym Jorku, mimo stosowania surowicy wąglikowej w dużych ilościach, —, 100% wyleczonych przypadków na oddziale lwowskim przy pomocy neosalwarsanu zasługuje na szczególne podkreślenie.

W dyskusji Kol. Barącz przytacza korzystne wyniki śródżylnych wstrzykiwań kollargolu w kilku ciężkich przypadkach wąglika policzka i powiek. Doświadczenie to zrobił kol. B. na oddziale chorób zakaźnych szpitala pow. we Lwowie przed 26 laty za czasów kierownictwa oddziału przez Dr. W. Arnolda. Ponieważ po wstrzykiwaniach kollargolu występują często embolie naczyń włosowatych z następstwem nieregularnej akcji serca i ponieważ neosalwarsan nie tylko w szeregu przypadków ciężkich wąglika dawał tak dobre wyniki ale i przy innych chorobach zakaźnych, należałoby na przyszłość stosować go nadal przy ciężkich postaciach wąglika.

Kol. Stauber omawia przypadek wąglika, spostrzegany u rzeźnika; wyleczenie nastąpiło pod wpływem kwaśnej wody i maści borowej.

Kol. Pisek omawia swój przypadek, który rozpoznano jako wąglik, w istocie zaś był półpaścem zgorzelinowym.

Kol. Leszczyński podnosi wartość neoarsenobenzolu w lecznictwie wąglika i zapytuje o mechanizm jego działania na pałeczki wąglika. Ponadto L. uważa, że często nie rozpoznaje się wąglika.

Kol. Ruff omawia swój przypadek, w którym wyleczenie nastąpiło pod okładami.

W odpowiedzi kol. Lipiński uważa działanie arsenobenzolu jako tonizujące; dla wykazania pałeczek wąglika radzi przeprowadzić wszelkie dostępne badania.

3) Kol. Ptaszek i Elmer omawiają *przypadek choroby Basedowa, wikłany cukrzycą.*

W dyskusji kol. Kuhl podnosi, że w przypadku choroby Basedowa widział dobre, choć przejściowe wyniki leczenia insuliną.

4) Kol. St. Ostrowski wygłasza odczyt p. t.: *Pogląd na działanie pochodnych acridiny* (trypaflawiny i gonacriny) *w leczeniu stanów zapalnych dróg moczopłciowych.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Mierzecki mówi o trypaflawinie, która podobnie jak gonacrina zawiodła jego oczekiwania.

Kol. Goldschlag podnosi, że nie podobna odmówić gonacrinie dodatniego wpływu na rzeżączkę, środek ten stosowano na oddziele kob. wener., przyczem w jednym przypadku nastąpiła śmierć w następstwie embolii wśród objawów duszności.

Kol. Salpeter omawia dotychczasowe środki, stosowane śródżylnie i uważa, że wszystkie mają znaczenie wątpliwe.

Kol. Musiał mówi o stosowaniu trypaflawiny w chorobach ocznych; działanie jej jest znacznie słabsze od mleka i całej proteinoterapji.

Kol. Lipiński stosował trypaflawinę przy owrzodzeniach błon śluzowych.

Kol. Kauczyński omawia przypadek zejścia śmiertelnego po trypaflawinie, zasadniczo zgadza się z wywodami referenta.

Kol. Naróg spostrzegał rozszerzenie źrenicy po trypaflawinie; środek ten stosowany w zapaleniu spojówek daje podrażnienie.

Kol. Pisek zwraca uwagę na objawy uboczne.

W odpowiedzi kol. Ostrowski podnosi, iż wprawdzie nie jest optymistą, jeżeli chodzi o skuteczność wspomnianych środków, to jednak uważa, że nie wolno ich bez dostatecznej ilości spostrzeżeń odrzucać. Środki te mają pewne znaczenie w innych działach medycyny; sam mówca stosuje trypaflawinę jako uczulacz na promienie długie i pozafjołkowe w leczeniu łuszczycy, jakoteż w gruźlicy skóry.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 5. IX. 1928 r.

I. Kol. Eljasberg przedstawia chorego z *gangrena spontanea* na tle endarteriitis obliterans, wywołanego przewlekłem zatruciem nikotyną. Na obu stopach brak kilku palców; liczne owrzodzenia policzków. Brak tętna w tętnicach stóp. Wassermann ujemny. Capillaroskopja wykazała na rękach powiększoną ilość naczyń włoskowatych z widocznym ich spazmem.

II. Kol. Skalski w dłuższem przemówieniu w serdecznych słowach wylicza zasługi zmarłego w dniu 4. VIII. b. r. znanego higjenisty doktora Polaka. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Koledzy Kocen i Szyfman wygłosili odczyt: *„Gruźlica, przemiana wodano-węglowa a cukrzyca. Przyczynek do objawów pozapłucnych przy suchotach".* (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Itelson, Gliksman i Kon.

IV. Kolega Magalif demonstruje preparat noworodka z szeregiem nienormalności rozwojowych: guz na głowie; stopy zwrócone w przeciwną stronę, mają po cztery palce.

Protokół posiedzenia z dnia 19 września 1928 r.

I. Kol. Schweig demonstruje przypadek *rany drążącej gałki ocznej* u młodego chłopca z dobrym wynikiem operacyjnym. Za pomocą odpowiedniego nacięcia wypchnięto od tyłu igłę długości $1^1/_2$ cm, która przebiła rogówkę, tęczówkę i soczewkę.

II. Kol. Neumark demonstruje dwa przypadki postaci *pozornej choroby Recklinghausena,* a mianowicie: mężczyznę, u którego na tułowiu i kończynach widzimy drobne plamki bronzowe, częściowo zlewające się w większe plamy z jednym guzkiem na skórze mostka, oraz młodą kobietę, u której plamy ulokowane są jednostronnie i metamerycznie.

III. Kol. Załęski wygłasza odczyt: *„Wyniki bakterjologicznego badania słuchawek telefonicznych w Łodzi".* Z inicjatywy Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Dr. Skalskiego prelegent zbadał w Państwowym Zakładzie Higjeny w Łodzi 50 słuchawek, wziętych z Urzędów Państwowych, lokali publicznych i prywatnych. Badanie trwało z górą rok i przeprowadzone było w sposób następujący: słuchawki przepłukiwano wyjałowionym rozczynem soli, poczem rozczyn ten zastrzykiwano podskórnie morskim świnkom. Świnki obserwowano kilka miesięcy. Wyniki były następujące: 3 świnki padły wskutek ostrego obrzęku, wywołanego grupą beztlenowców: 1 świnka dostała porażenia tylnych kończyn z wyzdrowieniem po trzech tygodniach; 4 świnki padły na gruźlicę (świnkom tym zastrzyknięto płyn ze słuchawek pobranych z lokalu Izby Lekarskiej, z Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, z Magistratu i lecznicy dla przychodzących chorych).

W dyskusji kol. Skalski proponuje zdejmowanie rożków ze słuchawek telefonicznych, które mają minimalny wpływ na siłę odbioru.

IV. Kol. Frenkiel referuje pracę napisaną wspólnie z kol. Dyszkiewiczem: *„O chronicznem zatruciu dwusiarczkiem węgla, (8 przypadków)".* Rzecz drukowana w Nr. 2, czasopisma „Higjena Pracy".

W dyskusji zabierali głos kol.: Sonnenberg, Maślanka i Ładyński.

Kol. Sonnenberg jest zdania, że niektóre objawy zatrucia dwusiarczkiem węgla zależne są nietyle od dwusiarczku, jako takiego, ile od preparatu nie dosyć czystego. Przed dwu laty kol. Sonnenberg stosował zewnętrznie dwusiarczek węgla u dwu chorych, u których po 8 dniach stosowania wystąpiły zawroty głowy; zawroty te szybko ustąpiły po odstawieniu leku. Wówczas kol. Sonnenberg wypróbował lek na sobie i już po 6—8 dniach doznał zawrotów głowy, które ustąpiły po odstawieniu leku. Gdy po pewnym czasie kol. S. wypróbował na sobie dwusiarczek węgla chemicznie czysty — zawrotów głowy w ciągu 3 tygodni stosowania nie stwierdził.

Kol. Maślanka omawia spostrzegane przez siebie pięć przypadków ze zmianami psychicznemi wśród robotników, pracujących w fabryce sztucznego jedwabiu.

Kol. Ładyński stwierdza, że w zwiedzanej przez niego niedawno nowej fabryce sztucznego jedwabiu w Tomaszowie, zastosowano najnowsze urządzenia ochronne, wykluczające w przyszłości przypadki zatrucia dwusiarczkiem węgla.

Protokół posiedzenia z dnia 3. X. 1928 r.

Balotowano kandydatów na członków Towarzystwa. Przyjęci zostali koledzy: Ładyński, Falkowski, Sokołowski, Asz, Klinger i Erdman.

Protokół posiedzenia z dnia 17. X. 1928 r.

Kol. Banasz demonstruje młodego mężczyznę, który wsunął sobie do cewki moczowej ziarnko fasoli, w rezultacie czego wystąpiły objawy zapalenia miedniczek nerkowych.

Protokół posiedzenia seminaryjnego z dnia 24. X. 1928 r.

Kol. D. Weisbrum wygłosił referat pod tyt.: *Patologja migdałków podniebiennych a schorzenia ogólne.*

W dyskusji zabierali głos kol.: Sterling, Gliksman, Jelenkiewicz, Kryszek i Herszfinkiel.

Sekretarz: *Dr. H. Ruegier.*

Protokół posiedzenia z dnia 7. XI. 1928 r.

I. Kol. Dymkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla nietypowy przypadek *stwardnienia rozsianego*, w którem poza objawami paraplegji spastycznej z oczopląsem i mową skandowaną, stwierdzono drżenie kończyn górnych o dużej amplitudzie, niepokój gałek ocznych, powiększenie wątroby, zaburzenia psychiczne, odleżyny, nietrzymanie moczu i kału, zaniki mięśniowe oraz zniesienie czucia głębokiego w palcach obu stóp; tłumaczy wyżej wymienione objawy umiejscowieniem ognisk zapalnosklerotycznych w jądrach podstawowych i substancji szarej rdzenia oraz przeprowadza rozpoznanie różnicowe z pseudosklerozą Westphal-Strümpla.

II. Kol. Grosglik przedstawił 27-letnią chorą z limfogranulomatozą. Cierpienie datuje się od 6 lat, obserwacja od 13. III. 1926 r. W tym czasie w ciągu dwóch miesięcy gorączka dochodziła wieczorem do 40 stopni. Duże pakiety gruczołowe na lewej stronie szyi i pod obu pachami. Wielki guz w prawej pachwinie i jamie brzusznej. Śledziona i wątroba niewyczuwalne; brak swędzenia, Wasser. —; Hemoglobiny — 48%, czerwonych krwinek 2,700.000, zresztą obraz krwi niecharakterystyczny. W styczniu 1927 roku duży pakiet przeduszny i szyjny z prawej strony; 28. III. 1927 r. pod żuchwą, z lewej strony gruczoł wielkości orzecha włoskiego. Rentgenoskopja: niewielkie cienie gruczołów powiększonych śródpiersia (powyżej aorty). Od 30. VI. 1927 r. systematycznie rentgenoterapja i arsen. Na uwagę zasługują następujące okoliczności: a) mimo ciężkiego stanu przed trzema laty, chora szybko zaczęła się poprawiać z chwilą rozpoczęcia naświetlań i obecnie czuje się tak, jak nigdy przed chorobą (obraz krwi normalnej), b) na miejscu pakietów zostały małe twarde gruczołki, prawdopodobnie uległy zbliznowaceniu, albo ustąpiły zupełnie; chora przez ten czas zaszła w ciążę i urodziła zdrowe dziecko, sama karmi, co nie odbiło się na jej zdrowiu, c) łożysko badane mikroskopowo zmian patologicznych nie wykazało, d) wyniki powyższe są tem dziwniejsze, że naświetlania odbywały się rzadko i małemi dawkami: lewa połowa szyi i prawa pachwina po 3 razy, pozostałe miejsca po 2 razy, gruczoł pod żuchwą raz tylko. Ten właśnie tryb naświetlania kol. Grosg. uważa za najracjonalniejszy.

III. Kol. Grosglik przedstawia dalej 47-letnią chorą z limfosarkomatem obu migdałków. Zaczęło się w kwietniu 1927 roku od powiększenia prawego migdałka i prawie jednocześnie gruczołu podżuchwowego. Dwukrotna biopsja nic wykazała żadnych zmian. Jednak zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena, ale bez skutku. We wrześniu 1927 roku naloty na migdale. Badanie bakterjologiczne: nieliczne paciorkowce, z tego powodu 16 zastrzyknięć neosalwarsanu, ale bez skutku. 14. 3. 1928 próbna ekscyzja z prawego migdałka: lymphosarcoma. Stan 5. 4. 1928: oba migdałki powiększone, prawie się schodzą, łykanie bolesne i utrudnione. Gruczoły: przeduszne, zauszne, szyjne, podszczękowe obustronnie powiększone, twarde, różnej wielkości, mało przesuwalne, od początku choroby chora straciła 12 kilo. Wassermann ujemny. Od 11. 4. 1928 do 6. 10. 1928 trzykrotne naświetlanie, ostatni raz tylko prawa połowa szyi z powodu nawrotu. Już po pierwszej serji migdały zmniejszyły się do zwykłej wielkości i dotychczas nie powiększają się. Obecnie wszystkie gruczoły znikły. Wnioski: 1) próbne wycięcia nie zawsze są miarodajne, gdyż nie wszystkie okolice guza wykazują zmiany swoiste, 2) wobec systematycznego powiększenia gruczołów okolicznych przypadek odrazu miał charakter kliniczny — nowotworu złośliwego, 3) migdały dotknięte złośliwym nowotworem mogą wskutek wtórnych zakażeń miejscowych, czynić wrażenie anginy i wprowadzić w błąd, 4) pomyślne działanie Roentgena na limfosarkomat migdałków.

IV. Kol. Woźniakówna wygłosiła odczyt pod tyt.: *Leczenie tężca metodą kombinowaną.* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem kol. Gliksman zwraca uwagę na to, że Francuzi dokonywują nakłucia lędźwiowego w uśpieniu chloroformowem, sposób ten daje wyniki lepsze, gdyż chloroform sprzyja lepszemu wchłanianiu surowicy przez tkanki; jednocześnie stosowane są, jako przeciwkurczowe, sole wapnia; poza tem kol. Gliksman zapytuje prelegentkę, czy surowica stosowana przez nią była odbiałczona i czy nie stosowała miejscowych okładów z surowicy.

Kol. Frenkiel podkreśla znakomite wyniki leczenia prelegentki, radzi jednak stosować rozczyn magnezu w postaci wstrzykiwań do kanału, gdyż zdaniem jego jest ta metoda nieszkodliwa, w szpitalach warszawskich nie widziano powikłań ze strony ośrodka oddechowego. Chorobę posurowiczą nie uważa za powikłanie poważne, gdyż zawsze kończy się pomyślnie.

Kol. Grosglik zapytuje, czy wysypka posurowicza wystąpiła tylko w jednym przypadku.

Kol. Kryszek wspomina o przypadku zatrucia strychniną, w którem stosował z bardzo dobrym wynikiem siarczan magnezu do kanału lędźwiowego.

Kol. Mandelsowa stosowała w jednym przypadku inną metodę kombinowaną również z dobrym skutkiem, mianowicie: surowicę i chloralhydrat; w trzech zaś przypadkach stosowała z wynikiem bardzo dobrym metodę prelegentki.

Kol. Iwaszkiewicz stosował również metodę kombinowaną przy nawrotach tężca.

Kol. Załęski widywał na wojnie przypadki tężca o bardzo gwałtownym przebiegu i zejściu śmiertelnem pomimo stosowania metody kombinowanej. Po wojnie zaś przypadki tężca, leczone przez kol. Załęskiego metodą kombinowaną miały przebieg łagodny; zdaniem kol. Załęskiego charakter tych przypadków jest zupełnie różny.

Kol. Mogilnicki podkreśla fakt, że dobre wyniki prelegentki zależne są od wielkich dawek magnezu; i dawniej stosowano już w szpitalu metodę kombinowaną z wynikami gorszemi, ponieważ dawki magnezu były małe. Metodę kombinowaną uważa za bardzo dobrą i metoda ta ze względu na wyniki otrzymywane dzięki niej powinna być powszechnie przyjętą; we Francji metody tej dotychczas nie stosują. Metodę w szpitalu stosuje się w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych i podskórnych; do kanału nie wstrzykiwano ze względu na opisywane przypadki śmierci.

W odpowiedzi kol. Woźniakówna zaznacza, że podawanie surowicy ogrzanej rzadziej wywołuje ciepłotę, okładów miejscowych z surowicy na rany nie stosowała. Siarczan magnezu wywołuje działanie przemijające; w nerkach zmian nie zauważono.

W dyskusji nad pokazami kol. Grosglika kol. Gliksman zapytuje, czy istnieje wzór leukocytarny przy limfogranulomatozie.

Kol. Kryszek zapytuje jak wygląda badanie histologiczne w przypadku limfosarkomatu.

Kol. Grosglik w odpowiedzi: Pewnego wzoru leukocytarnego przy lymfogranulomatozie niema; zależny jest od danego przypadku i od stadjum choroby. Wzoru charakterystycznego dla limfosarkomatu niema.

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. „Kurjera Porannego" z dnia 20 lutego b. r. został umieszczony obszerny wywiad, dotyczący Poradni Wychowania Fizycznego II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jako dyrektor Kliniki oraz Poradni niniejszem oświadczam, że wywiad ten został udzielony *bez mojego upoważnienia i bez porozumienia się ze mną* na własną rękę przez lekarza Poradni podczas trwającej od dłuższego czasu mojej choroby. To oświadczenie podaję za pośrednictwem poczytnego pisma Pańskiego do wiadomości ogółu, jestem bowiem stanowczo przeciwny uprawianiu przez zakłady naukowe oraz ich personal samoreklamy w jakiejkolwiekbądź formie.

Warszawa, dnia 22. II. 1929 r.

Z wysokim szacunkiem

Prof. Dr. Witold Orłowski.

NEKROLOGJA.

Wspomnienie o ś. p. Drze Zdzisławie Juchnowicz Hordyńskim Generale W. P.

W dniu 14 stycznia b. r. zmarł we Lwowie generał dr. Zdzisław Juchnowicz Hordyński, o którym powiedzieć należy bez przesady, że jako człowiek, lekarz, żołnierz i Polak był chlubą naszego narodu.

Urodzony w 1857 r. w Brzeżanach, w roku 1874 wstąpił na wydział lekarski Uniw. w Krakowie, gdzie w roku 1880 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

Związały nas na zawsze wspomnienia lat uniwersyteckich, zacieśniane coraz silniej na zjazdach koleżeńskich, odbywanych co lat dziesięć. Niedługo po otrzymaniu dyplomów, znalazła się nas garstka we Wiedniu w celu dalszych studjów, między nami był i ś. p. Zdzisław Hordyński. Tu zdarzyło się coś, co na całą Jego przyszłość wpływ wywarło. Znalazł się On wśród tych, co po odbyciu jednorocznej służby w armji austrjackiej i po złożeniu egzaminów lekarskich przeniesieni zostali do rezerwy w charakterze t. zw. „Oberarzt'ów". Jak przeważna część lekarzy Polaków, tak i ś. p. Hordyński nie miał zamiaru wstępowania na stałe do armji austrjackiej, uległ jednak losowi, kiedy „Oberarzt'a w rezerwie" dra Z. Hordyńskiego zmobilizowano w chwili zajęcia przez Austrję Bośni i Hercegowiny i powstania w Dalmacji. Na dworcu kolei południowej we Wiedniu żegnał go nasz melancholijny nastrój i szczere, serdeczne życzenia szczęśliwego powrotu do kraju. Nie ziściło się to tak prędko. Mobilizacja trwała rok jeden i drugi, tymczasem zaś umarł jego ojciec. Jemu zaś pozostał święty i skrupulatnie przez Niego wypełniany obowiązek otoczenia opieką licznego rodzeństwa. Był też do końca życia opiekunem idealnym o niewysłowionej dobroci. Zadaniu temu ofiarował całego siebie, wyrzekając się powrotu do kraju i w poszukiwaniu chleba, rozstając się boleśnie z marzeniami kształcenia się w zakładach uniwersyteckich w ukochanym przez siebie kierunku t. j. chirurgji. Pozostał na stałe lekarzem wojskowym. Smutna to była dla niego decyzja, bo — jak często między sobą mówiliśmy o tem, musiał zmienić kierunek swojej pracy, bo odczuwał żywo to poniżenie, na które narażony był w armji austrjackiej lekarz wojskowy, nie zaliczany wedle niemądrych zasad konserwatywnych do właściwego stanu oficerskiego „Kombatantów". Wiedział wreszcie, że niezbyt w warunkach ówczesnych pomagał mu w karjerze wojskowej fakt, że chociaż, wzór służbistości, zaznaczał wszędzie i zawsze, gdzie tego było potrzeba, Polakiem być nie przestał. Wśród takich okoliczności rozpoczynał swój zawód wojskowy, zdołał jednak przemóc wszystko ten człowiek wartościowy, obowiązkowy i zdolny lekarz. Kiedy po niejakim czasie już jako „Regimentsarzt" znalazł się w Zadarze, stolicy Dalmacji, opanowawszy szybko język chorwacki i włoski, zdobył sobie jako lekarz szerokie uznanie i w sferach wojskowych i wśród ludności cywilnej; w szpitalu wojskowym kształci się niezmordowanie w chirurgji, zjednując sobie równocześnie społeczeństwo tamtejsze doskonałemi zaletami towarzyskiej natury, do czego dopomaga mu gorące umiłowanie muzyki i cudowny zaiste Jego głas. Na naszych dziesięcioletnich zjazdach krakowskich widzieliśmy naszego „Zdziśka" postępującego coraz wyżej w hierarchji wojskowej i zjawiającego się z coraz to innych miejscowości, dokąd był przenoszony zanim po latach blisko dwudziestu ujrzeliśmy Go w randze „Oberstabsarzta I Klasse", co odpowiadało randze pułkownika — w Krakowie, jako szefa oddziału chirurgicznego w szpitalu wojskowym na Wawelu. Nie było kresu Jego radości, że po tylu latach tułaczej włóczęgi, powrócił na ziemię rodzinną. Niedługo jednak trwała owa radość. Pracami swemi z zakresu chirurgji wojskowej i wojskowych urządzeń sanitarnych, całą wreszcie swoją działalnością lekarską, zmuszał do zwracania na siebie uwagi, nic dziwnego przeto, że po krótkim pobycie w Krakowie zostaje wezwany do objęcia we Wiedniu prezesury komitetu sanitarnego, założonego w celu kształcenia lekarzy wojskowych w armji austrjackiej i do objęcia wykładów chirurgji polowej. Na tem stanowisku otrzymuje rangę generalską i z chwilą wybuchu wojny światowej już jako „Generalarzt" naznaczony zostaje na stanowisko naczelnego lekarza armji generała Auffenberga, operującej przeciwko Rosji. Nie mam danych do oceny działalności sanitarnej ś. p. Z. Hordyńskiego jako szefa przy armji, cofającej się wśród ciągłych walk aż po Kraków, uważam jednak za wskazane podkreślenie faktu, w którego świetle ukazał się raz jeszcze wcałej pełni nietylko jako człowiek i obowiązkowy lekarz, lecz i jako Polak, co swą przynależność narodową zaświadcza. Kiedy w kwietniu 1915 r., bawiłem, odcięty od Lwowa, w Zakopanem, spotkałem tam niespodzianie Hordyńskiego obok dzisiejszego Sanatorjum Czerwonego Krzyża, zamienionego wówna szpital wojskowy, zapełniony w przeważnej części przez Polaków, żołnierzy legjonowych.

Rzekł mi wtedy generał Hordyński:

— Jestem przy głównym sztabie armji w ciągłych podróżach, bacznie pilnując, aby żołnierz, chory czy ranny, miał pomoc i opiekę, jakiej mu tylko udzielić można. Dostrzegłem, że żołnierze legjonowi traktowani są jako materjał drugorzędny. Pozwolić na to żadną miarą nie mogę i zwracam w tym kierunku pilną uwagę, a ponieważ w szpitalu w Zakopanem leżą przeważnie żołnierze legjonowi, przyjechałem tu na lustrację i dokonywam jej od wczoraj.

Oto znów inny rys charakteru tego człowieka:

Przebywał w Zakopanem przez dwa dni, nie mając ani jednej wolnej chwili śpieszył bowiem dalej, gdyż był to jak wiadomo czas gorączkowy przed przełomową bitwą pod Gorlicami. Zdołaliśmy jednak znaleść chwilę dla siebie. Nie lubił rozmowy o wojnie, o jej wynikach i o naszej przyszłości, została mi jednak w pamięci jedna rozmowa. Na moje pytanie, jak długo wojna trwać może, odrzekł, że: „długo, dla mnie jednak skończy się prędko". Do zagadkowej tej odpowiedzi, następujący dodał komentarz:

— Ustąpił (czy też umarł, — nie pamiętam), naczelny szef sanitarny całej armji austrjackiej; wedle rangi, kwalifikacji i przyjętych norm, ja powinienem otrzymać tę nominację, wątpię jednak, aby na to stanowisko powołano Polaka; jeśli się tak stanie, nie pozostanie mi nic innego, jak wyciągnięcie konsekwencji z takiego braku zaufania i w myśl przyjętych zwyczajów wniesienie podania o zwolnienie i przeniesienie mnie w stan spoczynku.

Stało się wedle przepowiedni; po Gorlicach i ustąpieniu Rosjan ze Lwowa, niedługo po moim tam powrocie, zjawił się i generał Hordyński już jako emeryt. Przywiodła go tam miłość rodziny, w której gronie, sam ciągły tułacz swego rodzinnego gniazda pozbawiony, zapragnął spędzić resztę życia. Urzeczywistnił w tym czasie dawne swoje pragnienie, aby złożyć w darze Muzeum Narodowemu w Krakowie swoje cenne zbiory wschodnich zbroji i tkanin. Gromadził je skrzętnie przez całe życie i teraz mimo wojny zdołał je sprowadzić do Krakowa.

Po pierwszem oswobodzeniu Lwowa, 22 listopada 1918 r., wezwany przez gen. Rozwadowskiego, staje na czele sanitarnego kierownictwa tworzącej się armji dla obrony Lwowa, a już w grudniu tego roku przenosi się do Warszawy, wezwany do objęcia szefostwa departamentu sanitarnego M. S. Wojsk., tworzącej się naszej armji. Trzeba było widzieć tę jego radość i dumę, że może ukochanej Ojczyźnie oddać to, co zdobył ciężką pracą swojego życia i służyć Jej ogromnem doświadczeniem, zdobytem z czasu pokoju i wojny. Na to stanowisko nie można było znaleść godniejszego człowieka ani świetniejszego fachowca; nikt Go nie mógł przewyższyć w miłości Ojczyzny a za wzór Go można było stawiać jako człowieka i lekarza. Przez zrządzenie losów znaleźliśmy się razem w Warszawie. Radowaliśmy się wspomnieniami czasów uniwersyteckich, snując je albo we wspólnym pokoju hotelowym, albo w separatce kliniki, którą urządzałem i w której w braku mieszkania mieszkałem. Zajęci obydwaj nigdy nie kończącą się pracą, znachodziliśmy rzadko takie chwile, te dobre chwile zwierzeń, omawiania planów, postępów, trosk i kłopotów.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ś. p. Hordyński, jako pierwszy organizator służby sanitarnej armji polskiej, położył zasługi niespożyte, rzuciwszy fundamenty pod dzisiejszy jej ustrój. Nie dbając o niczyje względy, starał się o dobranie do korpusu sanitarnego sił najlepszych, bo nawet najlepsi byli dla niego dopiero dobrzy. Przeszedłszy sam niejedno upokorzenie w czasie służby w armji austrjackiej, nie zapomniał o tem, by dla lekarza wojskowego wywalczyć stanowisko równorzędne z innemi rodzajami broni. Sam bardzo wykształcony dbał o podniesienie naukowej wartości wojskowego lekarza armji polskiej, przyczyniając się do utworzenia odpowiedniej wojskowej instytucji naukowej, powołując na jej przewodniczącego człowieka tej miary, jakim był ś. p. b. prof. Uniw. lwowsk. pułk. dr. Dmochowski; gorącego wreszcie orędownika miało w nim świeżo założone pismo naukowe: „Lekarz wojskowy polski".

Zmierzając prostą drogą do wytkniętego celu pozostał takim jakim był zawsze; osobę swoją usuwał na plan ostatni, a nie ustępował nigdy tam, gdzie widział, że byłoby to ze szkodą sprawy. Nic dziwnego, że wśród naszych nieskrystalizowanych warunków napotkał trudności, których przezwyciężyć nie mógł, obejście ich zaś nie leżało w naturze twardego tego charakteru. Wolał ustąpić z głębokim żalem, którego nie okazał, ustępując z armji zaborczej.

Z sercem, tego żalu pełnem, powrócił do Lwowa, gdzie złamany i przejściami i chorobą, nurtującą Go w dwóch latach ostatnich, dokonał Swojego poczciwego a tak bardzo zasłużonego żywota, zostawiając w głębokim smutku tych, co Go bliżej znali, wysoko cenili i szczerze kochali.

Antoni Gluziński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum firmy P. Famela w Paryżu w wysokości 5.000 fr. fran. w celu umożliwienia lekarzom polskim studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Paryżu ze zwrotem kosztów podróży. Lekarze ubiegający się o to stypendjum muszą biegle władać językiem francuskim i winni złożyć w *Dziekanacie Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego* podanie z następującemi załącznikami: a) curriculum vitae, zawierające przebieg dotychczasowej pracy lekarskiej kandydata; b) program projektowanej pracy w Klinikach Paryża; c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu; d) odbitki prac naukowych. Termin składania podań do dnia 10 marca 1929 r.

Tow. Neurologiczne Warszawskie pragnąc przyczynić się do zbliżenia i żywszej wymiany myśli neurologów polskich, urządza w dniu 24 marca 1929 (w niedzielę) swe zebranie doroczne na które ma zaszczyt niniejszem prosić.

Posiedzenia odbywać się będą w sali posiedzeń Tow. Naukowego ul. Śniadeckich 8 o godzinie 9½ rano i o 3 po południu. Porządek dzienny: 1) Mackiewicz: O glejakach. — 2) Bregman: O zaburzeniach w układzie nerwowym ośrodkowym w związku z zaburzeniami w gruczołach dokrewnych. Tow. Neurologiczne Warszawskie prosi uprzejmie zgłaszać swój ewentualny udział w dyskusji na ręce przewodniczącego Tow. Dr. Bregmana (ul. Moniuszki 11).

W dniu poprzedzającym zebranie doroczne t. j. 23 marca 1929. (w sobotę), odbędzie się w tymże lokalu o godzinie 8½ zwykłe Posiedzenie Tow. Neurologicznego z pokazami chorych.

Konkurs fotograficzny dwutygodnika „Dziecko i Matka". Niejednokrotnie poruszano na łamach „Dziecka i Matki" sprawę fotografowania dzieci. Zawsze kładziono nacisk na unikanie specjalnego pozowania (co daje dobre rezultaty tylko przy współudziale artysty-fotografa) i obieranie za temat charakterystycznych momentów z życia dziecka. Warunkom tym najlepiej odpowiada fotografja amatorska. Dla zachęcenia więc rodziców do robienia zdjęć rodzajowych, Redakcja „Dziecka i Matki" ogłasza konkurs fotograficzny na serję, złożoną z 6-ciu zdjęć amatorskich, najlepiej odzwierciedlających codzienne życie dziecka. Zdjęcia powiny być wyraźne, „ostre" i na błyszczącym papierze. Tematy najzupełniej dowolne: dziecko może być fotografowane przy jedzeniu, myciu, zabawie, na tle przyrody, w otoczeniu rowieśników i t. p. Ostatni termin nadsyłania fotografij: 1-szy października 1929 r. Niezależnie od wyników konkursu, Redakcja zastrzega sobie prawo umieszczania w każdym terminie nadsyłanych fotografij na łamach pisma. Serje nagrodzone zostaną zreprodukowane w całości w jednym z październikowych lub listopadowych numerów, z podaniem poszczególnych motywów nagrodzenia. Koperta z nadsyłanemi zdjęciami musi być adresowana: Redakcja „Dziecka i Matki„ — Warszawa, Pl. Zamkowy 99, z napisem „Konkurs fotograficzny", musi zawierać kupon z numeru 2-go „Dziecka i Matki". Wszystkie fotografje z jednej serji powinny mieć na odwrotnej stronie godło lub nazwisko biorącego udział w konkursie. Pierwszą nagrodę stanowić będzie ubranko lub sukienka dla dziecka do lat siedmiu, podług wskazanego wieku i miary. Druga nagroda: dziesięć książek dziecinnych. Trzecia nagroda: roczna prenumerata „Dziecka i Matki".

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jak najszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji pilskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. W środę 27 lutego, godz. 20,30: Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów): Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych. Na odczyt ten byli zaproszeni uczestnicy Walnego Zjazdu Uzdrowisk Polskich. — W piątek 8 marca, godz. 20,30: Dr. med. Władysław Podsoński (Lwów - Lubień Wielki):Lubień Wielki zdrój siarczany i znaczenie siarki w organizmie.

Lwów.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1929. Nakładem Księgarni Nowości we Lwowie wyszedł świeżo z druku czwarty rocznik tego wydawnictwa. Pod forma kalendarza obejmuje ono podręcznik, zawierający krótko zebrane najważniejsze wiadomości, jakich lekarz praktykujący na prowincji potrzebuje na każdym kroku przy wykonywaniu praktyki lekarskiej. W szczególności zawiera ten kalendarz następujące działy: Klimato i balneoterapja, zdrojowiska polskie i zagraniczne, uzdrowiska polskie, kąpiele lecznicze, kąpiele słoneczne, leczenie światłem elektrycznem, leczenie lampą kwarcową, leczenie sztucznem światłem, leczenie promieniami Roentgena, leczenie radem, diatermja, djetetyka, najważniejsze środki odżywcze, wartości kaloryczne najważniejszych pokarmów oseska, ciężar i wzrost zdrowego dziecka, wiek, wzrost i waga dziecka, prawidłowe ząbkowanie, najczęstsze zabiegi lekarskie, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, oznaczanie refrakcji oka, zatrucia, kosmetyki, proteinoterapja, surowice i szczepionki, badania laboratoryjne, obrazy hematologiczne, analiza krwi, okresy wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych, okresy ciąży, sekcja sądowo-lekarska, protokół sekcji, znamiona śmierci gwałtownej, visa et reperta, ustawa o praktyce lekarskiej, tabela dawek, alfabetyczny spis ważniejszych leków i t. p.

Poznań.

Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska. Dnia 10 u. m. odbyło się w Poznaniu przy udziale 30 członków doroczne zebranie Rady Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej. Na posiedzeniu tem dokonano wyboru Zarządu na trzyletnią kadencję w skład którego weszli pp. prof. Gantkowski z Poznania jako naczelnik, dr. Krysiewicz z Poznania i dr. Steinborn z Torunia jako zastępcy naczelnika, dr. Wieleński z Poznania jako pisarz, dr. Matuszewski z Poznania jako skarbnik, dr. Dymiński, Jagielski i Rabski z Poznania oraz Dubisk z Ostrowa jako członkowie Zarządu.

Między innemi zajmowała się Rada Izby Lekarskiej P. P. sprawą obecnego zatargu między Związkiem Lekarzy Z. P. a Kasami Chorych na terenie Izby Lekarskiej P. P.

Po wysłuchaniu referatu o genezie zatargu i obecnej jego fazie, Rada Izby Lekarskiej P. P. powzięła następującą uchwałę:

Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa, że podstawę racjonalnego lecznictwa stanowi wolny wybór lekarza przy systemie gabinetowym. Zmiana tego systemu na system ambulatoryjny musiałaby w naszych warunkach z natury rzeczy ograniczyć wolny wybór lekarza i wpłynąć ujemnie na poziom lecznictwa przez zmechanizowanie pracy lekarskiej i przez usunięcie szlachetnej konkurencji między lekarzami jako nieodzownego warunku postępu nauki lekarskiej.

Ubezpieczeni w Kasach Chorych winni pozatem mieć możność korzystania ze wszystkich zakładów leczniczych i pobierania lekarstw ze wszystkich aptek. Rozwój lecznictwa winien iść w kierunku budowania szpitali i sanatorjów, których brak daje się we znaki ubezpieczonym w Kasach Chorych obu województw.

Wobec tego, że postulaty Związku Lekarzy Z. P. mają przedewszystkiem na oku dobro ubezpieczonych, Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa stanowisko Związku Lekarzy Z. P. w obecnym zatargu za słuszne i zwraca się z apelem do miarodajnych czynników, by dążyły do zlikwidowania zatargu tego w interesie dobra publicznego w jaknajkrótszym czasie.

Rada Izby Lekarskiej P. P. potępia postępowanie tych nielicznych jednostek z pośród lekarzy, którzy w obecnym zatargu dla korzyści materjalnych podcinają byt swych kolegów i uchybiają tem samem etyce lekarskiej, która była, jest i być musi podstawą życia lekarskiego ku dobru zdrowia publicznego oraz ładu i porządku w lecznictwie.

Wilno.

Dnia 12 grudnia 1928 r. odbyły się w Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem wybory, z których wyszli: 1. Jako prezes: Prof. J. Szmurło, 2. Jako wiceprezesi: Gen. Dr. L. Klott i Dr. S. Lewande, 3. Jako sekretarze doroczni: Dr. E. Czarnecki i Dr. T. Wąsowski, 4. Jako skarbnik: Dr. W. Bądzyński, 5. Jako bibljotekarz: Dr. A. Safarewicz. Do komisji rewizyjnej wybrano Drów: W. Bujalskiego, A. Wirszubskiego i Z. Zawadzkiego.

Dnia 15 grudnia zwyczajem uświęconym kilkuletnią już tradycją, odbyło się uroczyste ślubowanie tegorocznych absolwentów wydziału lekarskiego w liczbie 113. Po krótkich przemówieniach J. Magnif. X. Rektora, dziekana, który swojego czasu przyjmował dany kurs na wydział lekarski, oraz dziekana obecnego i wykonaniu ślubowania przez absolwentów starosta XVI trymestru złożył na ręce starosty V kursu ustanowioną swojego czasu rotę przysięgi poczem absolwenci podejmowali profesorów i inne zaproszone osoby w Ognisku akademickiem. Jak zwykle tak i teraz panował na tej uroczystości, nastrój serdeczny i swobodny.